

Potilasturvallisuus akuutilla psykiatrisella osastolla hoitajien kokemana

Tero Turkkila
Karri Päivärinta

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012

Hoitotyönkoulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) PÄIVÄRINTA, Karri TURKKILA, Tero	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 13.4.2012
	Sivumäärä 61	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Potilasturvallisuus akuutilla psykiatrisella osastolla hoitajien kokemana		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) TYRVÄINEN, Hannele SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Potilasturvallisuus on ajankohtainen ja aina tärkeä aihe terveydenhuollossa. Sitä on viime vuosina tutkittu useissa eri tutkimuksissa, joiden pyrkimyksenä on ollut kehittää sen laatua. Opinnäytetyön tarkoitus oli tarkastella potilasturvallisuutta psykiatrisella osastolla, josta potilasturvallisuutta käsittäviä tutkimuksia on vähän. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta osastolla. Tutkimuksen aineistona oli hoitajilta kerättyjä kokemuksia potilasturvallisuudesta. Tutkimuksen kohteeksi valittiin hoitajiennäkökulman asiaan, koska he hoidon toteuttajina ovat myös asiantuntijoita sen vaaratapahtumissa.</p> <p>Tutkimus toteutettiin Keski-Suomen sairaanhoidopiirin akuutilla psykiatrisella osastolla syksyn 2011 aikana. Aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeella, jonka kysymykset muodostuivat avoimista kysymyksistä. Tutkimusote oli laadullinen ja analysoinnin menetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.</p> <p>Tuloksissa nousi esiin toisaalta yhtäläisyyksiä ja toisaalta eroavaisuuksia verrattuna teoria-aineistoon. Tutkimuksessa väkivallan uhka -vaaratilanteet nousivat esiin selvemmin kuin somaattisen puolen tutkimuksiin perustuvassa teoria-aineistossa. Vaaratapahtumien syistä huomioitavaa oli potilaiden tilasta johtuvat syyt. Ennakointi koettiin keskeisimpänä vaaratilanteiden ehkäisyyn vaikuttavana tekijänä. Hoitajat kokivat psykiatrisen akuuttiosaston pääpiirteissään turvallisena paikkana potilaille. Keskeisimmiksi vaaratilanteiden seurauksiksi nousivat pelot ja hoidon vaikeutuminen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, psykiatrinen hoito		
Muut tiedot		



Author(s) PÄIVÄRINTA, Karri TURKKILA, Tero	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 13.4.2012
	Pages 61	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Patient safety in acute psychiatric ward experienced by nurses		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) TYRVÄINEN, Hannele SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Assigned by Central Finland Healthcare District		
Abstract <p>Patient safety is a topic of great current interest and importance in healthcare. It has been researched in various studies, whose purpose has been to develop its quality. The purpose of this thesis was to review patient safety in a psychiatric ward. There are only a few surveys about patient safety in psychiatric care. The goal of the study was to produce information about patient safety on the ward. The research data consisted of nurses' experiences collected with a survey. The object of this research was chosen to be the nurses' point of view, because they are professionals in nursing and also experts of the adverse events that can happen.</p> <p>The study was conducted in the acute psychiatric ward of the Central Finland Health Care District in autumn 2011. The material was obtained by using a questionnaire consisting of open questions. The study had qualitative research approach and the analysis method used was data-driven content analysis.</p> <p>The results raised both similarities and differences as compared to the theory of the thesis. In this study the threat of violence - incidents emerged more clearly than in the research literature on somatic care. As for the reasons of the risk events the most prevalent were those related to the patients' conditions. Anticipation was seen as the key factor in the prevention of risks. The nurses considered the acute psychiatric department to be a relatively safe place for patients. The most important consequences of risk events were increased fears and increased difficulty in treatment.</p>		
Keywords Patient safety, adverse effect, psychiatric nursing		
Miscellaneous		

Sisällys

1 JOHDANTO	2
2 KESKEISET KÄSITTEET JA LAIT	4
2.1 Potilasturvallisuussanastoa	4
2.2 Potilasturvallisuutta säätelevät lait	6
3 POTILASTURVALLISUUS.....	10
3.1 Vaaratapahtumien syyt.....	10
3.2 Vaaratapahtumien seuraukset.....	14
3.3 Vaaratapahtumien valvonta.....	17
3.4 Vaaratapahtumien ehkäisy	18
3.5 Psykiatrian erikoispiirteet potilasturvallisuudessa	23
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	26
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	27
5.1 Aineiston keruu	27
5.2 Menetelmät	28
5.3 Aineiston analysointi	28
6 TULOKSET	31
6.1 Vaaratilanteet.....	31
6.2 Vaaratilanteiden syyt.....	33
6.3 Vaaratilanteiden ehkäisy	36
6.4 Vaaratilanne seuraukset.....	39
7 POHDINTA	41
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	41
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	46
7.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	48
LÄHTEET	50
LIITE 1	55
LIITE 2	57
LIITE 3	58
LIITE 4.....	59
LIITE 5	60
LIITE 6	61
KUVIO 1. Vaaratilanteiden kategoriat.....	31
KUVIO 2. Vaaratilanteiden syiden kategoriat	34
KUVIO 3. Vaaratilanteiden ehkäisyn kategoriat	37
KUVIO 4. Vaaratilanteiden seurausten kategoriat.....	40

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme osuu ajankohtaan, jossa potilasturvallisuus on kovasti pinnalla. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuosiksi 2006–2009 ohjaustyöryhmän pohtimaan potilasturvallisuuden edistämistä. Työryhmän pohdinnan tuloksena syntyi ensimmäinen Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Strategian tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta. Ajatuksena strategiassa on, että potilasturvallisuuden edistämisestä tulee johdonmukaista ja suunnitelmallista toimintaa kaikilla sairaan- ja terveydenhuollonsektoreilla, sekä alan tutkimuksessa. (STM 2009:3, 3, 13-14.)

Opinnäytetyön tarkoitus on tarkastella potilasturvallisuutta psykiatrian suljetulla akuuttiosastolla. Tarkoitus on tutkia, miten hoitohenkilökunta akuutilla psykiatrian osastolla kokee potilasturvallisuuden. Miten potilasturvallisuus täällä toteutuu ja mitkä henkilökunta näkee täällä potilasturvallisuuden haasteiksi ja kehittämiskohteiksi? Miten hoitajat kokevat potilasturvallisuuden ja tilanteet, joissa se vaarantuu? Tutkimuksia nimenomaan psykiatrian potilasturvallisuudesta on kovin vähän, Suomessa tuskin lainkaan. Kuitenkin psykiatriseen hoitoon ja osastoon hoitoympäristönä liittyy paljon yksityiskohtia, jotka tekevät siitä varsin erilaisen verrattuna esimerkiksi kirurgian yksiköihin.

Opinnäytetyö toteutetaan eräällä akuutilla psykiatrian osastolla. Saimme itse rajata aiheita koskemaan vain yhtä osastoa ja sen hoitajia, sillä potilasturvallisuus yleisesti aiheena olisi aivan liian lakea opinnäytetyön aiheeksi. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta osastolla mahdollisen tulevan potilasturvallisuuden kehittämisen tueksi.

Potilasturvallisuus on keskeinen osa laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa. On valitettavaa, että 5-10 % potilaista joutuu silti haattatapahtumien uhreiksi, jotka usein voitaisiin välttää. Erehtyminen on inhimillistä, mutta oikeilla toimintatavoilla monet inhimilliset virheet voitaisiin havaita, ennen kuin niistä koituu haittaa potilaalle. (Snellman 2009, 29-30.) Inhimillinen virhe havaitaan virheeksi vasta jälkikäteen, mutta siitä voidaan silti oppia. Opiksi ei riitä, että ensi kerralla pitää olla huolellisempi. Inhimillisen vir-

heen taustalla on organisaatio ja sen toimintamallit. Inhimillinen virhe voidaan nähdä oireena organisaation kehittämistarpeesta. (Ruuhilehto 2009, 147-150.)

2 KESKEISET KÄSITTEET JA LAIT

2.1 Potilasturvallisuussanastoa

Potilasturvallisuus käsite tarkoittaa niitä periaatteita ja toimintoja, joilla pyritään varmistamaan hoidon turvallisuus. Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus tarkoittaa, ettei potilaalle aiheudu hoidosta haittaa. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.)

Hoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta ja kattaa hoitomenetelmien turvallisuuden, sekä hoitamisen turvallisuuden. Alakäsitteitä: hoidon haittavaikutus ja poikkeama prosessissa. (Mts. 5.)

Laiteturvallisuus on osa potilasturvallisuutta ja kattaa laitteiden turvallisuuden ja käyttöturvallisuuden. Alakäsitteitä: toimintahäiriö, laitevika ja poikkeama laitteen käytössä. (Mts. 5.)

Läkehoidon turvallisuus on hyvin keskeinen osa potilasturvallisuutta ja kattaa lääketurvallisuuden, sekä lääkitysturvallisuuden. Alakäsitteitä: lääkkeen haittavaikutus ja lääkityspoikkeama, jotka jakautuvat vielä alakäsitteisiin. (Mts. 7.)

Lääketurvallisuus käsittää lääkkeeseen liittyvän turvallisuuden, farmakologiset ominaisuudet, vaikutusten tuntemisen ja valmistusprosessin tuntemisen, sekä valmistukseen liittyvän informaation. Lääketurvallisuuden alakäsitteitä ovat lääkkeen haittavaikutus, vakava haittavaikutus, odottamaton haittavaikutus, lääketurvatoiminto ja lääkevahinko. (Mts. 7.)

Lääkkeen haittavaikutus on kyseessä silloin, kun lääkevalmiste aiheuttaa haitallisen ja tahattoman vaikutuksen, joka esiintyy lääkkeen ohjeen mukaisen käytön yhteydessä. Haittavaikutus on vakava, jos se aiheuttaa kuolemaan johtavan, henkeä uhkaavan, sairaalahoitoa vaativan tai merkittävää toimintaesteisyyttä tai -kyvyttömyyttä vaikutuksen, tai synnynnäisen anomalian tai epämuodostuman. Odottamattomana haittavai-

kutusta voidaan pitää, jos sen luonne, voimakkuus tai seuraus ei ole yhdenmukainen lääkevalmisteen yhteenvedon kanssa. (Mts. 8.)

Lääkevahinko on rinnakkaiskäsite lääkkeen haittavaikutukselle, viittaa siihen sairauteen, vammaan tai vakavaan psyykkiseen sairauteen, jonka käytettävä lääke on todennäköisesti aiheuttanut. (Mts. 8.)

Lääkitysturvallisuus käsittää toiminnot ja periaatteet, joilla pyritään varmistamaan lääkehoidon turvallisuus ja estämään haittatapahtumat lääkkeiden käytössä. (Mts. 8.)

Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Se jakautuu poikkeamaan tekemisen seurauksena, tekemättä jättämisen seurauksena, lääkkeen toimituspoikkeamaan, poikkeamaan lääkkeen käyttökuntoon saatamisessa, lääkkeen antopoikkeamaan ja poikkeamaan lääkeneuvonnassa. (Mts. 8-9.) Rinnakkaiskäsite lääkityspoikkeamalle on **Lääkkeiden oikea ja virheellinen käyttö**. Lääkkeen oikeasta käytöstä on kyse, kun lääke auttaa hoidettavaan sairauteen ja sen haittavaikutukset ovat hyväksyttävät suhteessa tehoon ja potilaan tilaan ja sen käyttö on tapahtunut kaikkien ohjeiden mukaisesti. Jos edelliset ehdot lääkkeen käytössä eivät toteudu, on kyse virheellisestä käytöstä. Virheellinen käyttö voi olla lääkkeen alikäyttöä, liikakäyttöä, ylikäyttöä, turhaa käyttöä, väärinkäyttöä, haitallista yhteiskäyttöä, päällekkäiskäyttöä tai tarpeetonta monilääkitystä, haitallisia yhteisvaikutuksia, lääkkeellä on väärä anto- tai ottoreitti tai väärä antotapa. (Mts. 9-10.)

Poikkeama on suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Se voi liittyä ennalta ehkäisyyn, taudin määrittelyyn, hoitoon, kuntoutukseen, kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. (Mts. 6.)

Suojauksia ovat rakenteet ja menettelyt, joilla pyritään estämään ja tunnistamaan haitalliset poikkeamat, sekä vaaratapahtumat. (Mts. 6.)

Vaaratapahtuma on tapahtuma, joka voi aiheuttaa haittatapahtuman potilaalle. Jos haittatapahtumalta vältytään ja seuraukset pystytään estämään, käytetään termiä läheltä piti –tapahtuma. Haittatapahtumasta on kyse silloin, kun vaaratapahtuma aiheuttaa

haittaa potilaalle. Haitalla viitataan tilapäiseen tai pysyvään ei-toivottuun vaikutukseen. (Mts. 7-8.)

Haittavaikutus on hoitomenetelmän vaikutus, josta on haittaa potilaalle. Joskus samaa tarkoittavana on käytetty myös sanaa komplikaatio. (Mts. 8.)

Potilasvahinko termiä käytetään potilasvahinkolain yhteydessä, kun on kyse vakuumiskorvaukseen oikeuttavasta henkilövahingosta. Potilasvahingot luokitellaan seitsemään ryhmään seuraavasti: hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimittamisvahinko sekä kohtuuton vahinko. (Snellman 2009, 38-39) Potilasvahingon korvattavuutta määriteltäessä peruslähtökohtana on hoidon paras mahdollinen taso, eikä siinä tarkastella potilasta hoitaneen henkilön osaamisen tasoa. Potilasvahinkoa ei määritellä syytteenä hoitohenkilölle, joka on ollut hoitamassa potilasta. Oleellista on vain, että potilaalle on koitunut sairaalahoidosta tai terveydenhuollosta vahinko, kuten infektio tai vamma apuvälineestä. (Lehestö, M., Koivunen, O., Jaakkola H. 2004, 78.)

2.2 Potilasturvallisuutta säätelevät lait

Pohtiessaan potilasturvallisuuden edistämistä, lääkäriiliiton laatuneuvosto ei nähnyt tarpeelliseksi potilasturvallisuutta koskevaa lakia, kuten esimerkiksi Tanskassa (Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virheiden käsittely ja virheistä oppiminen terveydenhuollossa, 2004). On katsottu, että potilasturvallisuutta voidaan edistää ilman erillistä lainsäädäntöä. Suomessa ei siis ole haluttu erillistä potilasturvallisuuslakia, vaan potilasturvallisuutta käsittelevä lainsäädäntö on siroteltu eri lakeihin. Potilaille terveyden- ja sairaanhoidossa aiheutuvien henkilövahinkojen korvaamista säätelee potilasvahinkolaki. Potilasvahinkolain tavoitteena on potilaiden sekä hoitohenkilökunnan oikeusturvan parantaminen potilasvahingon tapahtuessa. (Mikkola, J., Mikkonen, M., Suhonen, I., Kallio, P. 2004, 3, 9.)

Perustuslaissa taataan jokaiselle ihmiselle oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Laissa kehoitetaan toimimaan yhteistyössä potilaan kanssa, jos potilas kieltäytyy hoidosta, löytämään jokin muu hoitomuoto, johon molemmat osapuolet ovat tyytyväisiä. Nämä lait kuitenkin jättävät

mahdollisuuden potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen. Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon laissa ennalta säädettyissä tapauksissa. (L731/99; L785/92)

Potilasvahinkolaki määrittelee ehdot korvattavalle potilasvahingolle. Sen mukaan potilasvahingon on täytynyt tapahtua Suomessa annetussa terveyden- tai sairaanhoitossa. Mikäli tämä edellytys täyttyy, voidaan arvioida korvattavuutta. Korvattavia vahinkoja ovat hoitovahingot, sairaanhoitolaitteen tai -välineen vian aiheuttamat vahingot, infektiovahingot, tapaturmat, jotka sattuvat tutkimus- tai hoitotoimenpiteen yhteydessä tai sairaankuljetuksen aikana, hoituhuoneiston tai -laitteiston palosta tai vastaavasta vahingosta aiheutuvat henkilövahingot, kohtuuttomat vahingot ja lääkkeen aiheuttamat vahingot. Edellä mainitut vahingot ovat määritelty potilasvahinkolaki 2§. (Mikkola ym. 2004, 10.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään potilaan oikeudet terveyden- ja sairaanhoidon piirissä. Potilaslaki täydentää muuta terveydenhuollon lainsäädäntöä. Laki on yleislaki potilaan asemasta ja oikeuksista, jota sovelletaan terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin säädetä. Potilaan keskeiset oikeudet ovat oikeus hoitoon, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Hänen ihmisarvoaan ei saa loukata ja hänen vakaumustaan, sekä yksityisyyttään on kunnioitettava. Mikäli hoitoa ei pystytä tarjoamaan välittömästi, on potilas ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä. Hänelle on ilmoitettava odotuksen arvioitu kesto ja syy. Potilaan tulee saada tietoa omasta tilastaan ja hoidostaan ymmärrettävässä muodossa. (Pahlman 2010a, 293.) Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan mahdollisuuksien mukaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta tai toimenpiteestä. Jos potilas todetaan kykenemättömäksi päättämään hoidostaan, on häntä hoidettava tavalla, joka voidaan katsoa hänen edukseen. Tahdosta riippumattomasta hoidosta säädetään tarkemmin muualla laissa. (L785/92.)

Hoitoonsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä hoidostaan muistutus. Jos käy ilmi, että hoidossa on tapahtunut potilasvahinko potilasvahinkolain tarkoittamalla tavalla, on selvitettävä mihin toimenpiteisiin ryhdytään. Potilas saattaa olla oikeutettu korvauksiin. Hoitava taho saatetaan myös saattaa kurinpitotoimien alaisiksi. Potilasta hänen oikeuksiensa valvonnassa avustaa potilasasiamies. Lisäksi laissa säädetään poti-

lasasiakirjojen säilyttämisestä ja salassapitovelvollisuudesta potilaan oikeuksien turvaamiseksi. (L785/92.)

Terveysdenhuollossa käytettävien **laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuudesta** säädetään omassa laissaan. Lain ulkopuolelle on jätetty säteilylaitteet ja lääkkeet, joista säädetään omissa laeissaan. (L1505/94.) Laitteen valmistajalla ja maahantuoajalla on vastuu laitteen turvallisuudesta. Laitteen on oltava käyttötarkoitukseensa sopiva, ja sitä tulee käyttää sen tarkoituksen mukaisesti. (L 592/91.) Henkilöllä joka käyttää terveydenhuollon laitetta tai tarviketta, on oltava sen käytön vaatima riittävä koulutus ja kokemus, sekä osaaminen laitteen käyttöön. Terveysdenhuollon toimiyksikön tulee olla varautunut arvioimaan ja toimimaan laitteeseen liittyvän vaaratilanteen varalta. Tämän lain toteutumista valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Laitteen asennuksesta, huollosta ja käytöstä täytyy vastata ammattitaitoisen henkilön. (L1505/94.)

Lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä pyritään edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Tämä tulee toteuttaa varmistamalla ammattihenkilöiden riittävä koulutus, valvonta, sekä helpottamalla ammattihenkilöstön yhteistyötä. Laki määrittelee, että vain oikeuden tai luvan saaneella henkilöllä on oikeus toimia ammattihenkilönä. Vain henkilö jolla on ammattiin valmistava koulutus, voi saada oikeuden ammattiin. Terveysdenhuollon ammattihenkilön täytyy toimissaan noudattaa ammattieettisiä velvollisuuksia. Toimien potilaan hyväksi, hyväksytyjen menettelytapojen mukaisesti, ottaen huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveysdenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellistä apua sitä tarvitsevalle potilaalle. Ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ammattitaitoaan ja omata riittävä kielitaito. Lisäksi hänen tulee noudattaa salassapitovelvollisuutta toimissaan turvatakseen potilaan yksityisyyttä. Tätäkin lakia valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Ammattihenkilö voi sairauden tai päihteidenkäytön tai muun vastaavan syyn johdosta olla estynyt toimimaan ammatissaan. (L559/94.)

Läikelaki vastaa lääkkeiden turvallisuudesta. Se sisältää asetukset niiden asianmukaisesta käytöstä, valmistuksesta ja saatavuudesta. (L395/87.) Laista löytyy kohta sähköisestä lääkemääräyksestä. Tällä pyritään parantamaan potilas- sekä lääketurvallisuutta. (Pahlman 2010b, 301.)

Muita keskeisiä potilasturvallisuuteen liittyviä lain säädöksiä ovat **kansanterveyslaki**, **erikoissairaanhoitolaki** ja **laki yksityisyyden suojasta**. Näissä laeissa säädetään potilasasiakirjojen oikeaoppisesta laatisesta, kunnan velvollisuudesta terveystalvelujen järjestämiseen, täydennyskoulutukseen osallistumisesta, sekä työnantajan oikeudesta vaatia huumetodistusta työntekijältä ennen terveydenhuollon työntekijän työnsuhteen alkamista. (Turvallinen lääkehoito 2006, 18-19.)

Sosiaali- ja terveysministeriö toimii ylimpänä lääkehoitoa valvovana tahona. Se huolehtii lääkehoitoa koskevasta lainsäädännöstä ja yleisestä ohjauksesta, johdosta ja valvonnasta. Lääkelaitos huolehtii lääkehuollon, veripalvelutoiminnan ja lääkinnällisten laitteiden valvonnasta. Käytännön tasolla lääkehoitoa toteuttavat tahot ovat velvollisia itse huolehtimaan lääkehoitonsa turvallisesta toteuttamisesta. Sairaanhoito- ja terveydenhuoltopiirit huolehtivat lääkehoitosuunnitelmien, palautejärjestelmien, lääkehoidon täydennyskoulutuksen koordinoinnista ja järjestämisestä. Toimintayksiköt organisoivat laatisen ja toteuttamisen lääkehoitosuunnitelman, jonka työyksiköt sitten toteuttavat. Toimintayksikkö vastaa työyksiköiden lääkehoidon vaativuuden määrittämisestä, lupakäytäntöiden delegoinnista ja täydennyskoulutuksesta. Toimintayksiköissä työskentelevät hoitajat toteuttavat lääkehoitoa ja ovat velvollisia ilmoittamaan poikkeamista. (Turvallinen lääkehoito 2006, 45.)

Mielenterveyslaissa säädetään, että tahdosta riippumattomat toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Kun henkilö on ensin määrätty sairaalaan tarkkailuun tai hoitoon, lääkärille tarjotaan mahdollisuus hoitaa potilaan psyykkistä tai ruumiillista sairautta sillä edellytyksellä, että se uhkaa potilaan henkeä ja katsotaan, ettei potilas itse ole kykenevä päättämään hoitotoimen toteuttamisesta. Lisäksi potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalasta tai hoitoyksikönteiloista, eristää muista potilaista, ottaa haltuun hänen omaisuuttaan tai tarkastaa sitä sekä rajoittaa potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle. (L1116/90.)

3 POTILASTURVALLISUUS

3.1 Vaaratapahtumien syyt

Sosiaali- ja terveysministeriön hanke Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto (2008), ja siitä julkaistu raportti, käsittelee vaaratapahtumia ja niiden raportointia HaiPro -pilottiprojektissa. 40:ssä terveydenhuollon yksikössä testattiin HaiPro -raportointijärjestelmää. Pilottiprojektin tuloksena saatiin kuva vaaratapahtumista pilottiyksiköissä projektin ajalta. Lääke-, varjoaine- ja verensiirtotapahtumat muodostavat n. puolet (52,1 %) kaikista projektin aikana raportoiduista vaaratapahtumista. Seuraavaksi tulevat tapaturmat (12,5 %) ja tiedonkulkuun liittyvät (12 %). Mainittakoon vielä niitä seuraava väkivalta (5,5 %). Joissakin yksiköissä väkivalta on noussut vastaamaan vaaratapahtumista jopa lähes yhtä kymmenystä kaikista vaaratapahtumista (9,3 %). Lääkitysvirheitä eritellessä käy ilmi, että niistä suurin osa on jako- tai antovirheitä (37,3 % ja 24,1 %), kirjaamiseen liittyviä virheitä on viidennes (19,8 %). (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16, 26-30.)

Esimerkkinä potilasvahinkoon johtaneesta toiminta prosessin heikkoudesta voidaan käyttää seuraavaa tilannetta. Sairaanhoitaja, jolla on opiskelija ohjauksessaan, pyytää opiskelijaa viemään antibiootin potilaalle, joka on huoneessa 9 paikalla 2. Opiskelija antaa kuitenkin antibiootin potilaalle, joka on huoneessa 9, mutta paikalla 1. Tässä tapauksessa potilaalle ei koitunut suurta haittaa. Tilanteen syntyyn vaikuttavat kuitenkin monet tekijät. Potilaalla ei esimerkiksi ollut tunnistusranneketta. Toinen merkittävä tekijä on se, että sairaaloissa on erilaisia käytäntöjä potilaspaikkojen numeroinnissa. Opiskelijan edellisessä paikassa numerointi oli alkanut päinvastaisesti kuin sairaalassa, jossa vahinkotapaus tapahtui.

(Kinnunen & Peltomaa 2009, 77-78.)

Yksi potilasvahinkosyistä on inhimillinen erehdys. Esimerkkinä tilanne, jossa sairaanhoitaja on tullut takaisin töihin muutaman vapaapäivän jälkeen. Hoitaja menee antamaan iltainsuliiniannoksen eräässä huoneessa olevalle diabeetikolle. Potilaan kysyessä, mitä lääkettä hänelle annettiin, hoitaja sanoo, että ”se tavallinen iltainsuliini”. Tähän potilas vastaa kysymällä, että mitä ihmettä, eihän hän ole aiemminkaan saanut

insuliinia. Insuliini on annettu väärälle potilaalla ja joudutaan turvautumaan päivystävän lääkärin apuun, verensokerin tarkkailuun ja glukoositiputukseen. (Mustajoki 2009, 139.)

Räsänen (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että jos henkilökunnalla on vähemmän mahdollisuuksia pitää taukoja, vaaratapahtumien määrät kasvoivat. Myös sairaanhoitajien kokemus tyytyväisyydestä omaan työhön näytti vaikuttavan ainakin joidenkin vaaratapahtumien syntyyn. Voimattomuuden ja turhautuneisuuden kokeminen oli yhteydessä kaikkiin vaaratapahtumiin ja iloisuuden tunteen puuttuminen töistä lähtiessä lisäsi kaatumisia, putoamisia ja karkaamisia, mutta ei lääkevirheitä tai sairaalainfektioita. (Räsänen 2008, 44.)

Inhimillinen virhe pystytään tunnistamaan virheeksi aina vasta, kun virhe on jo tapahtunut. Potilas saattaa ihmetellä, miksi hänelle tarjottiin erinäköisiä pillereitä kuin aiemmin? Kiinnostava kysymys onkin se, miksi virheen tekijä toimi tilanteessa niin kuin toimi. Virheiden tekemisestä ei pitäisi kuitenkaan moittia tai rankaista, ainakaan liian ankarasti, koska virheitä sattuu ja rankaisemalla voidaan ruokkia virheiden piilotelemista jatkossa, kun jotain tapahtuu. Sen sijaan pitäisi ajatella, että virhe antaa mahdollisuuden toiminnan tarkasteluun. Inhimillinen virhe tulisi nähdä seurauksena ja oireena organisaation toiminnan kehittämistarpeesta tai -tarpeista. (Ruuhilehto 2009, 149-150.)

Yksi syy potilasvahinkojen tapahtumiselle on ruuhkaiset tilanteet ja tarve tehdä suurempia määriä töitä nopeasti. Seppäsen (2009) tutkimuksen mukaan hieman alle viidennes tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että edes silloin kun työtä on paljon ja asioita pitäisi tehdä nopeasti, ei saa apua muilta työntekijöiltä riittävästi. Asioita yksin ja nopeasti tehdessä sattuu kuitenkin useimmiten eniten virheitä. Toisella alueella yksikössä, jossa tutkimusta tehtiin, lähes neljännes vastaajista oli sitä mieltä, että vaikka tilanne olisi hyvin kiireinen, eivät toiset auttaisi siitä huolimatta. (Seppänen 2009, 28.)

Sairaanhoitajien kokemana liiallinen työmäärä on suurin yksittäinen vaaratapahtumien syy. Vaaratapahtumien sairaanhoitajat ilmoittivat syntyneen runsaasti hoitoa vaativista potilaista johtuen (84%:ssa tapauksista), liian vähäisestä henkilökunnasta (81%) tai muusta kiireestä (79%). Tämän tutkimuksen ja aiempien tutkimusten valossa näyttäisi

siltä, että henkilökunnan kiire ja liian vähäinen määrä lisäävät vaaratapahtumien määrää. Toisaalta sijaisten ja muun väliaikaisen työvoiman käyttö ei yksiselitteisesti lisää vaaratapahtumien syntyä. (Räsänen 2008, 26-27, 42.)

Räsänen (2008) tutkimuksessa vuodeosastolla hoitajien vastuulla olevien potilaiden määrän lisääntyessä tapahtui enemmän kaatumisia, putoamisia, karkaamisia ja sairaalainfektioita, mutta ei lääkevirheitä. Myös vitaalielintoimintoja mittavien laitteiden tarve lisäsi vaaratapahtumia, mutta ei lääkevirheitä. Lääkevirheiden määrää sen sijaan lisäsi potilaiden tarve vierihoidajaan. Potilaiden hoitoisuus näytti lisäävän kaikkien vaaratapahtumien syntyä. Tutkimuksessa vaaratapahtumien määrää nostavana tekijänä esiin nousivat kuolevat, moni-, mielenterveys- ja riippuvuusongelmaiset. (Räsänen 2008, 43.)

Informaation tai tiedon kulun puutteellisuus voi johtaa potilasvahinkoon. Näin tapahtui erään potilaan kohdalla, joka tuli sairaalaan aivokasvaimen vuoksi. Aivokasvain oli todettu yksityisellä sektorilla aivojen MRI:ssä. Koska tilanteessa oli syytä epäillä, että kasvain olisi voinut olla metastaasi, otettiin MRI:n lisäksi vielä keuhkojen röntgenkuva päivystysvastaanotolla. Kuvaa ei kuitenkaan katsonut kukaan, vaikka potilas oli sairaalassa kaksi viikkoa. Kuvassa näkyi suuri keuhkosityöpä, jonka etäpesäkkeeksi aivoista löytynyt kasvain todettiin. Potilaalle aiheutui tästä haitta. Haittatapahtuman syntymistä edesauttoi se, että päivystysvastaanotolla tilattu röntgentutkimus ei valmistunut ennen kuin potilas oli jo siirretty vuodeosastolle. Myöskään vuodeosastolla ei ollut tarkkoja ohjeita siitä, kuinka tutkimustulokset, jotka valmistuvat hoitoajan ulkopuolella, tulisi käydä läpi ja ilmoittaa potilaalle. Tämän lisäksi päivystysyksikkö oli unohtanut kirjata, että tutkimuksen puuttuva vastaus tulisi huomioida ja potilastietojärjestelmä ei ollut edellyttänyt, että tilatut tutkimukset kuitattaisiin katsotuiksi. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86.)

Rauhaton työympäristö korostuu etenkin lääkkeidenjaon yhteydessä ja lääkkeiden jakoon liittyvien haittatapahtumien ehkäisyyn onkin kiinnitetty viimeaikoina huomiota. Haittatapahtumien taustalla ei yleensä ole ammattitaidon puute, huolimattomuus, tai piittaamattomuus. Syy on yleensä syvemmällä. Esimerkiksi juuri lääkkeiden jakovirheitä voidaan vähentää vaikuttamalla olosuhteisiin. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tila jossa lääkkeiden jako tapahtuu, järjestetään rauhalliseksi ja häiriöttömäksi. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 79.) Vaaratapahtuminen syitä selvittävässä tutkimuk-

sessä, vajaassa puolessa (48%) tapauksista, syyksi ilmoitettiin puutteelliset tai ahtaat tilat. (Räsänen 2008, 26-27.)

Aaltosen ym. (2008) ja muiden tekemän tutkimuksen mukaan kävi ilmi, että potilasturvallisuuteen liittyviä tietoja kirjaavat usein avustava henkilökunta tai sairaalalääkärit, joita ei välttämättä ole kunnolla koulutettu tähän. Tästä syystä voidaan kysyä, saadaanko tietoja näin riittävän tarkasti ja kattavasti, jotta turvallisuutta lisäävää kehittämistyötä voidaan tehdä. (Aaltonen ym. 2008, 3794.)

Pelkkä virheiden välttäminen ei yksinään riitä. Henkilökunnan osaamisen taso on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja sen takaamista. Potilaille pitää osata antaa oikea hoito, oikeaan aikaan ja turvallisesti. Turhia hoitoja tai toimenpiteitä tulee osata välttää, sillä ne saattavat altistaa turhille virheille ja haitoille. Koulutuksella ja perehdyttämällä pyritään turvaamaan henkilöstön riittävä osaamisen määrä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että korkean riskin potilaan hoidosta vastaa siihen riittävän koulutuksen saanut hoitaja. Myös uusien ja tilapäisten hoitajien sekä opiskelijoiden perehdytys tulee olla riittävää ja vastata heille asetettuja vastuualueita. (Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta 2009, 183-184.) Vajaassa neljäsosassa (24%) vaaratapahtumista, syitä selvittävässä tutkimuksessa vastanneista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että syynä oli puutteellinen ammattitaito. (Räsänen 2008, 26-27.)

Peijaksen sairaalassa toteutetussa projektissa tutkittiin hoidon poikkeamiin vaikuttaneita syitä ja niiden raportoinnin toteutumista. Poikkeamien syitä analysoitaessa puutteellinen informaatio ja puuttuva ohje nousivat esiin useissa tapauksissa. Vaikka tärkeimpiä syitä olivat toimintaprosessin heikkous, inhimillinen erehdys tai ruuhkainen tilanne, nousivat puutteellinen informaatio ja ohjeistus kuitenkin merkittävässä määrin esiin. 210:stä poikkeamailmoituksesta syyksi poikkeamalle ilmoitettiin puutteellinen informaatio 27 tapauksessa ja puutteellinen ohje 14 tapauksessa. (Mustajoki 2005, 2623–2624.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hanke Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta julkaistussa raportissa (2008) on tarkasteltu HaiPro-projektissa esiinnousseita vaaratapahtumien syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Nämä tekijät on hyvä nähdä, jotta vaaratapahtumia voitaisiin tehokkaasti ja prosessilähtöisesti pyrkiä ehkäisemään. Raportointi ohjelmaa käyttäneet hoitajat ovat kuitenkin

usein (25 %) valinneet vaihtoehdon ”ei tiedossa” kysyttäessä tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneita tekijöitä. Luokitus on kokonaan jäänyt valitsematta 11,4 %:ssa tapauksista. Yleisin prosessissa nähty tekijä, jonka on havaittu vaikuttaneen vaaratapahtuman syntyyn, on tiedonkulun ongelmat (19,4 %), sen lisäksi yleisiä syitä ovat olleet potilas ja läheiset (13,3 %), työympäristö, -välineet ja resurssit (10,6 %), sekä toimintatavat (9,4 %). Tutkittaessa eri yksiköiden välisiä eroja näyttäisi, että vastaajien havaitessa enemmän syitä vaaratapahtuman synnylle, potilaan ja läheisten, toimintatapojen, sekä työympäristön ja resurssien osuus syistä nousee selvästi. (STM 2008:16, 35-36.)

3.2 Vaaratapahtumien seuraukset

Yksi terveydenhuollon päätavoitteista on hoidon turvallisuus. Suomessa, kuten muualakin Euroopassa, potilasvahinkoja on tutkittu paljon, mutta siltikin Suomen mittakavassa on arvioitu, että noin joka kymmenennelle potilaalle tapahtuu haitta hoidoista johtuen. Yksi tai kaksi sadasta potilasvahinkotapauksesta aiheuttaa vakavaa haittaa potilaalle ja yksi tuhannesta kuolee tai vammautuu pysyvästi haitan johdosta. Haittoja on tutkittu ulkomailla ja todettu, että noin puolet potilasvahingoista olisi estettävissä panostamalla kunnolla potilasturvallisuuteen. Samanlaista tutkimusta ei ole Suomessa tehty, mutta epäillään, että täällä tilanne on kutakuinkin samanlainen. Suomessa terveydenhuolto onkin jäänyt turvallisuuden varmistamisessa jälkeen, verrattuna muihin korkean riskin aloihin. Suomesta puuttuu myös järjestelmä, jolla pystyttäisiin hyödyntämään kerättyä potilasturvallisuus tietoa potilasturvallisuuden parantamisessa. Tätä puutetta tuli vuoden 2009 alussa paikkaamaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, jonka yhtenä tehtävänä on laatu järjestelmien käyttöönoton edistäminen. (Aaltonen ym. 2008, 3791-3792.)

Hoitovahingot ovat suurin yksittäinen ilmoitettavien vahinkojen ryhmä. Hoitovahingot ovat luonteeltaan vahinkoja, jotka olisivat voineet olla vältettävissäkin. (Lehestö ym. 2004, 79.) Hoitovahinko on kyseessä silloin, kun tutkimus- tai hoitotoimenpiteestä tai niiden laiminlyönnistä aiheutuu vahinkoa potilaalle. Hoitovahinko voi tarkoittaa esimerkiksi leikkauksesta johtuvaa komplikaatiota, kuten leikkauksen jälkeistä verenvuotoa. Syynä hoitovahingolle voi olla potilasvahinkolaissa asetetun osaamistasovaatimuksen alitus. (Mikkola ym. 2004, 10.) Hoitovahingosta ei edellytetä täydellistä näyttöä toimenpiteen tai laiminlyönnin yhteydestä, vaan jo pelkkä riittävä todennäköi-

syys riittää hoitovahingon määrittelemiseksi. (Mikkola & Mikkonen 1999, 36.) Kaiken hoidon lähtökohtana tulee olla, jos se on mahdollista selvittää, potilaan suostumus. Potilaan suostumuksena voidaan pitää "hiljaista suostumusta" eli potilaan vapaaehtoista tuloa hoitoon. Potilasta tulee informoida riittävästi hoidon riskeistä. (Mikkola & Mikkonen 1999, 50-51.) Potilaat ovat usein tyytymättömiä saamaansa informaatioon. (Puustinen 2002, 92.)

Laitevahinko tarkoittaa laitteen tai välineen viallisuudesta johtuvaa vahinkoa. Hoitovälineinä ei pidetä potilaassa pysyvästi olevia laitteita, kuten esimerkiksi tekoniveä tai sydämentahdistimia. (Mikkola ym. 2004, 11.) Laitevahinko edellyttää, että laite on viallinen tai potilaalle sopimaton, kuten esimerkiksi vääränlainen pyörätuoli. (Mikkola & Mikkonen 1999, 60.)

Infektiovahingosta puhutaan silloin, kun potilas on saanut mikrobin aiheuttaman tartunnan tai tulehduksen, ja mikrobin potilas on todennäköisesti saanut tutkimuksen, hoidon tai vastaavanlaisen käsittelyn seurauksena. (Mikkola ym. 2004, 11.) Infektiovahingon korvattavuus riippuu siitä, onko vahinko ollut mahdollista välttää vai ei. Terveystieteiden toimenpiteisiin liittyy aina riski infektiosta, kaikki riskit eivät ole vältettävissä. (Puustinen 2002, 98.)

Tapaturmavahingolla tarkoitetaan tutkimusten, hoidon, tai sairaankuljetuksen yhteydessä tapahtuvia loukkaantumisia. Ongelma tapaturmavahinkojen tulkinnassa on se, että onko tapaturma sattunut tutkimuksen tai hoitotoimenpiteen yhteydessä ja kuinka välitöntä ajallista ja paikallista yhteyttä tapaturmalta ja siihen yhteydessä olevalta tutkimukselta tai hoidolta edellytetään. (Mikkola ym. 2004, 11.) Tapaturmaksi laissa katsotaan äkillinen ja odottamaton tapahtuma, joka tuottaa potilaalle haittaa. (Mikkola & Mikkonen 1999, 81.) Jos potilasta on hoidettu asianmukaisesti, eikä laiminlyöntejä ole tapahtunut, ei esimerkiksi potilaan kaatumista voida pitää tapaturmavahinkona. (Lehestö ym. 2004, 80.)

Palovahingoiksi määritellään hoituhuoneiston tai laitteiston palosta tai vastaavasta syntyvät vahingot. Palovahingot korvataan potilaslain mukaan. (Mikkola ym. 2004, 12.)

Lääkevahingosta on kyse, mikäli lääke on määrätty tai annettu väärin potilaalle. Tällöin voi siitä aiheutunut henkilövahinko, sairaus, vamma tai psyykkinen oire, tulla korvattavaksi hoitovahinkona. (Mikkola ym. 2004, 12; Mikkola & Mikkonen 1999, 92.) Byers & White:n (2004) mukaan USA:n sairaaloissa hieman alle 20 % kaikista vahingoista on lääkevahinkoja. Näistä lääkkeisiin liittyvistä vahingoista 39 % tapahtuu lääkettä tilatessa tai sitä määrätessä, 38 % lääkkeiden jaossa, 12 % lääkkeiden annossa ja 11 % lääkärin tekstien puhtaaksi kirjoitus vaiheessa tai kun sairaanhoitaja siirtää lääkärin lääkemääräystä potilaan lääkekortille. (Byers & White 2004, 23.)

Kohtuuttomalla vahingolla tarkoitetaan tilannetta, jonka seurauksena vahingosta on aiheutunut potilaan kuolema tai potilaalle jää vahingosta pysyvä, vakava ruumiin vamma. Kohtuuttomasta vahingosta puhutaan vain myös, kun vahingon vuoksi potilaan terveydentila on heikentynyt olennaisesti verrattuna terveydentilaan, mikäli vahinkoa ei olisi tapahtunut. (Mikkola ym. 2004, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hanke Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmän käyttöönotosta julkaistussa raportissa (2008) on tarkasteltu myös vaaratapahtumista aiheutuvia seurauksia potilaille. Lähes puolet (47 %) tapahtumista on ollut läheltä piti –tapahtumia. Kaikista tapahtumista yli puolessa ei potilaalle ole koitunut lainkaan haittaa. Vakava haitta on ollut seurauksena n. yhdessä prosentissa tapauksissa (0,9 %). Haitta potilaalle on ollut lievä 27,9 %:ssa tai kohtalainen 6,7 %:ssa tapauksista. (STM 2008:16, 31- 32.)

Vakavat haitat ovat olleet suhteessa yleisimpiä operatiivisessa toiminnassa. Lääkitykseen liittyvien vaaratapahtumien haitat eivät keskimäärin ole niin vakavia kuin tapaturmien, tiedonkulun tai väkivaltatilanteiden aiheuttamat haitat. Myös aseptiikan osuus vakavissa haittatapahtumissa kasvaa suhteessa suuremmaksi. (STM 2008:16, 33.)

Hoitavalle yksikölle vaaratapahtumista seurauksena on yleisimmin ollut lisätyötä (34,6 %) tai ei seurauksia lainkaan (31,4 %). Muista haitoista mainittavaan osaan nousi imagoille koitunut haitta noin viidesosassa (19,1 %) tapauksista. (STM 2008:16, 34.) Suomen terveydenhuollon arvioitujen potilasvahinkojen kokonaiskustannukset voisivat olla noin 951 miljoonaa euroa vuodessa. Arvio on karkea ja suuntaa-antava. (Järvelin ym. 2010, 1126.)

3.3 Vaaratapahtumien valvonta

Kun työpaikalla on saatu hyväksi kehittynyt potilasturvallisuuskulttuuri, on seuraava askel poikkeamailmoitusten täyttäminen. Tämän ilmoituksen täyttö tulisi olla mieluisa velvollisuus. Näin voidaan päästä muutoksiin, jotka vähentävät vahinkoja ja saada aikaan pohdintaa, kuinka vahinkoja voidaan välttää toimintatapoja muuttamalla. Hoidon turvallisemmaksi kehittäminen edellyttää, että myös ”läheltä piti” -tilanteista täytetään poikkeamailmoitus. Ilmoituksia tehdessä voidaan käyttää monenlaisia poikkeamailmoitusohjelmia. Tällä hetkellä potilashoidossa yleisin ohjelma on HaiPro - tietokoneohjelma. Sen on kehittänyt Valtion teknillinen tutkimuskeskus yhdessä sosi- aali- ja terveysministeriön tuella.

(Mustajoki 2009, 141.)

HaiProlla pystytään tekemään poikkeamailmoitus helposti noin 5-10 minuutissa. Ilmoituksessa tehdään tapahtumakuvaus, jolle on laadittu ennalta pohja. Kuvaukseen kuvataan miten tapahtuma eteni, mitä tapahtui ja missä järjestyksessä. Kerrotaan mitä seurauksia tapahtumasta oli ja miten tilanteessa toimittiin. Välittömien toimenpiteiden kertominen on myös osa ilmoitusta. Ilmoituksessa ei käytetä nimiä, vaan ammat- tinimikkeitä. Myöskään potilaan nimiä tai henkilötunnuksia ei käytetä, vaan tapahtu- man mahdollista myöhemmin tunnistamista varten pyritään käyttämään mahdollisim- man hyvää tilanteen kuvailua muilla keinoin. Haittatapahtuma kuvauksessa pysytään vain niissä asioissa, joita havaittiin tai tiedetään.

(Mustajoki 2009, 141-142.)

Turvallisella organisaatiolla tulee olla erehdyksien ja haittatapahtumien varalle selkeät menettelytavat. Tietojen kerääminen ei itsessään riitä, vaan tietoa pitää myös analy- soida säännöllisesti. Analysointi on kehittämisen perusta. Helposti käy niin, että orga- nisaatiossa kerätty tieto jää vain kyseisen organisaation käyttöön, jolloin tietoa ei voi- da käyttää yleiseen kehittämiseen. Tästä syystä on tärkeää, että tietoa kerätään myös valtakunnalliseen tietojärjestelmään.

(Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 184.)

Peijaksen sairaalan projektissa (2005) kävi ilmi, että tehtyjen ilmoituksien määrä vaih- teli eri osastojen välillä. Tutkimuksen perusteella vaikuttaisi siltä, että kiireisillä vuo-

deosastoilla hoitovirheitä tapahtuu huomattavasti enemmän, kuin ajanvarauspoliklinikoilla. Toisaalta eräässä yksikössä, jossa ilmoituksia tuli poikkeuksellisen vähän, ei henkilökunnan mukaan ollut kyse halun puutteesta, vaan vaikeudesta hahmottaa mistä tulisi ilmoittaa. Projektin päätyttyä henkilökunnalta kysyttiin kokemuksia ilmoitusten tekemisestä. 44 % kyselyyn osallistuneista vastasi täyttäneensä poikkeamailmoituksen projektin aikana. Ilmoitusten määrä vaihteli suuresti eri yksiköiden välillä. Tähän vaikutti merkittävästi erilainen toimintakulttuuri yksiköiden välillä. Osastolla jossa virheisiin kiinnitetään enemmän huomiota ja ilmoituksia tehdään enemmän, ei virheitä välttämättä tapahdu niin paljon enemmän, vaan niistä raportoidaan pienemmällä kynnyksellä. Osasto, jolla virheistä raportoidaan helpommin, ei ole sen turvattomampi kuin toinen samankaltainen osasto, vaan jopa turvallisempi. (Mustajoki 2005, 2624-2625.)

Poikkeamien valvontaan ja onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä on monia. Keskeistä turvallisuuden kannalta on poikkeamien normalisoituminen, joka on sosiaalinen prosessi. Normalisoinnissa aletaan poikkeaman toistuessi kerta toisensa jälkeen nähdä kyseinen poikkeama tavallisena osana arkipäivää ja normaalikäytäntöjä. Tästä syystä poikkeamaan ei enää kiinnitetä varsinaisesti huomiota. Poikkeamasta tulee jotain, jonka odotetaan tapahtuvan ja näin ollen myös osa normaalia työtä. (Reiman & Oedewald 2009, 50.)

3.4 Vaaratapahtumien ehkäisy

Lääkehoidossa sattuvat vahinkotapahtumat ovat yksi yleisimmistä potilasvahinkotapahtuksista. Tutkimuksissa on myös osoitettu, että lääkehoidon käytännöt ja osaaminen ovat olleet puutteellisia. Tähän on pyritty tuomaan turvallisuutta kehittämällä valtakunnallinen lääkehoito-opas ja esittämällä sen käyttämistä työvälineenä valtakunnallisesti kaikissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä, jotta lääkehoitoa saataisiin turvallisemmaksi. Hoitotyön monimuotoisuus sekä vaativuus lisääntyvät koko ajan ja siksi on todettu, että ohjeistus tällä saralla olisi tarpeellinen. (Ritmala-Castrén 2006, 5.)

Kuten muussakin työosaamisessa, täytyy lääkehoidon osaamista pitää yllä. Uudelle työntekijälle annetaan asiasta työpaikkakohtainen perehdytys ja vanhoille työntekijöille järjestetään täydennyskoulutuksia, sillä lääkehoitoa toteutettaessa ei riitä pelkästään,

että osaa jakaa lääkkeet oikein. Jokaisella lääkehoitoa toteuttavalla täytyy olla siitä kokonaiskuva: potilaan tilan arviointi ennen lääkkeen antoa, miksi ja miten lääke tulee antaa sekä potilaan voinnin seuranta ja tieto mahdollisista haittavaikutuksista. Sen takia perehdytyksen jälkeen esimies tarkistaa uuden työntekijän osaamisen tason. Esimiehen vastuulla on myös varmistaa vanhojen työntekijöiden osaamisen taso. (Ritmala-Castrèn 2006, 5-6.)

Hyvän sekä turvallisen lääkehoidon toteuttaminen vaatii rinnalleen toimivan ja jatkuvan seurantajärjestelmän. Näin saadaan tieto tapahtuneista poikkeamista hoidossa ja myös läheltä piti -tilanteista. Lääkehoitoa itseään ja poikkeamien raportointia seurataan, arvioidaan ja kehitetään säännöllisesti, jos kehittämislle on tarvetta. Työpaikoissa on tärkeää luoda ilmapiiri, joka ei syyllistä ketään, vaan kannustaa ihmisiä olemaan avoimia ja ilmoittamaan virheistä, jotta asioille voidaan tehdä jotain ja luoda turvallisempaa lääkehoitoa. Todennäköistä on, että samankaltaisia virheitä sattuu useissa paikoissa. Tästä syystä olisi hyvä olla kattavia poikkeamarekistereitä, joissa olisi erilaisista virheistä varoittavia käytäntöjä. (Ritmala-Castrèn 2006, 8.)

HaiPro -pilottiprojektin tuloksissa vuodeosastoilla lähes kaikki vaaratapahtumat ovat olleet lääkityspoikkeamia ja osa tiedonkulkuun liittyviä. Muut poikkeamat olivat vähäisessä roolissa. Leikkausosastoilla puolestaan suurimmassa roolissa olivat laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät vaaratapahtumat. (Knuuttila ym. 2007, 33.)

Yleisiä syitä haittatapahtumien taustalla ovat esimerkiksi huono tiedonkulku, liiallinen työpaine, niukka henkilökunnan määrä ja katkokset hoitoyhteistyössä eri tahojen välillä. Laitteiden ja tilojen puutteellinen ja riittämätön suunnittelu ovat yleisiä haittatapahtumia edistäviä tekijöitä. Virheiden ehkäisemiseen tarvitaan hyvää riskienhallintaa. Turhien ja epäolennaisten vaiheiden poisto hoitoprosesseista on hyvä esimerkki riskienhallinnasta ja haittatapahtumien ehkäisyä. (Potilasturvallisuuden työkalut – työvaliokunta 2009, 187.)

Muita yksikertaisia ja helposti toteutettavia keinoja edistää potilasturvallisuutta on monia. Potilaan henkilöllisyyden varmistaminen ennen toimenpiteen tekoa ja toimenpiteen paikan varmistaminen ovat hyvä esimerkki tästä. Yksilölliset riskit pitäisi ottaa myös huomioon potilaskohtaisesti. Toisella potilaalla voi olla suurentunut infektioriski tai tromboosiriski toimenpiteen yhteydessä kuin toisella. Neste ja ravinto tasapainokin

vaikuttaa. Hoitohenkilökunnan tulisi puolestaan varmistaa oma hyvä käsihygienia ja aseptiikka katetrien laitoissa ja poistoissa, varmistaa lääkityksen turvallisuus ennen lääkkeiden antoa sekä varmistaa hyvä ja oikea tiedonkulku hoitotiimissä sekä hoitoketjussa. (Potilasturvallisuuden työkalut –valiokunta 2009, 188.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuuden ohjausryhmä teki 2007 kyselyn potilasturvallisuuden edistämisestä terveydenhuollon yksiköissä. Kysely näyttää, että potilasturvallisuuden edistämisessä on runsaasti kehittämiskohteita. Potilasturvallisuus on otettu osaksi laadunhallintajärjestelmää vasta noin puolessa terveydenhuollon yksiköistä. Sen ottaminen järjestelmään mukaan on suunnitteilla vielä noin 33 % yksiköissä. Noin puolet kirjatusta vaaratapahtumista jää kokonaan käsittelemättä työyksiköissä tai johdossa. (STM 2008:4, 14-16.)

Potilasturvallisuudesta vastaamaan oli nimetty vastuuhenkilö noin joka kolmannessa yksikössä ja vastuuryhmä joka kuudennessa, toimintaohjelmaan sisällytettynä se oli noin joka kahdeksannessa yksikössä. Potilaat on otettu potilasturvallisuuden edistämiseen mukaan vain harvoin. Tärkeimmiksi potilasturvallisuutta hankaloittaviksi tekijöiksi vastaajat kokevat toimintaohjelman puutteen (58 %:ssa tapauksista), seurannan puutteen (44 %), vastuuhenkilöiden ja -ryhmien puutteen (39 %), sekä ajan puutteen (32 %). Henkilökunnan (5 %) tai johdon (3 %) sitoutumattomuus nähtiin syyksi vain harvoin, vaikka konkreettisten toimenpiteiden puute kertoo paljon, sekä johdon, että henkilökunnan sitoutumattomuudesta potilasturvallisuuden kehittämiseksi. (STM 2008:4, 17-18.)

Vanhasasi-Huidan (2008) tutkimuksessa selvitettiin mitä tietoa osastonhoitajat saavat vaaratapahtumaraporteista ja miten tuota tietoa hyödynnetään potilasturvallisuuden kehittämisessä. Suurin osa vastanneista osastonhoitajista käytti vastuualueensa yhteistä lomaketta vaaratapahtumien kirjaamiseen, reilu neljännes käytti HaiProta, josta kiinnostuneita olivat kuitenkin melkein kaikki vastanneet. Lähes kaikki osastonhoitajat vastasivat saaneensa koulutusta tai perehdytystä potilasturvallisuudesta. (Vanhasasi-Huida 2008, 18, 25-26.)

Vaaratapahtumista kokosi yhteenvedon ja tiedotti siitä henkilökunnalle yleensä osastonhoitaja, noin 10 %:ssa tapauksista kukaan ei laatinut yhteenvedoa, eikä tiedottanut niistä henkilökunnalle. Lähes kaikkien vastanneiden mielestä potilasturvallisuus kuu-

luu keskeisiin strategisiin tavoitteisiin osastolla. Potilasturvallisuus ohjeistus oli käytössä kuitenkin vain noin puolella osastoista ja aikaa potilasturvallisuuden kehittämiseen oli vastaajista alle puolella (48 %). Tästäkin huolimatta potilasturvallisuus koettiin tärkeäksi asiaksi, jonka eteen ei tehdä tarpeeksi. (Vanhasasi-Huida 2008, 28-29.)

Yleisimmin sattuneita vaaratapahtumia käsiteltiin aina asianosaisten kanssa henkilökohtaisesti (62 %). Kolmannes vastanneista osastonhoitajista käsitteli tapahtunutta myös aina osastonkokouksessa ja 44 % käsitteli tapahtunutta usein. Päivittäisten raporttien, lääkäripalavereiden ja koulutuksen yhteydessä tapahtuneita tapauksia käsiteltiin harvemmin. Yli puolet ilmoitti, ettei asianomaista syyllistetty koskaan tapahtuneesta. Yli kymmenesosa vastaajista ilmoitti etsivänsä tapahtuneeseen syyllistä aina, ja yli neljännes harvoin. (Vanhasasi-Huida 2008, 30-33.)

Osastonhoitajilta kysyttiin vielä avoimella kysymyksellä tapahtuuko osastoilla vahinkoja, joita ei kirjata. Vastauksista yli puolet kertoi vahinkoja tapahtuvan enemmän kuin niitä kirjattiin. Syiksi kirjaamattomuuteen koettiin, että vaaratapahtumasta ei aiheutunut potilaalle haittaa, kirjaaminen koettiin hankalaksi, pelätään kirjaamisen seurauksia tai sitten ei koeta kirjaamista tärkeäksi. (Vanhasasi-Huida 2008, 35-36.)

Vaaratapahtumista tulisi Vanhasasi-Huidan tutkimuksen mukaan ottaa oppia. Näin ei kuitenkaan usein käy vaan yksittäiset sairaanhoitajat syyllistetään tai syyllistyvät tapahtuneista. Vaaratapahtumat ovat kuitenkin useimmiten, eivät yksittäisten hoitajien, vaan terveydenhuollon prosessien heikkouksista johtuvia tilanteita. Vaaratapahtumareportteja ei hyödynnetä potilasturvallisuuden kehittämistyössä niin paljon kuin olisi mahdollista. Potilasturvallisuuskulttuuri on kehittymässä, mutta koulutusta ja asenne muutosta tarvitaan. (Vanhasasi-Huida 2008, 39,43.)

Virheistä ilmoittamisen kynnystä laski ja seurantajärjestelmä havaittiin tulokselliseksi kun toimittiin luottamuksellisesti, eikä ketään henkilöä lähdetty rankaisemaan. Tärkeää oli riittävä koulutus, esimerkkien antaminen, ilmoituslomakkeiden saatavuus ja helppo täytettävyyys, prosessin selkeys, turvallisuus vastaavien nimeäminen. Se, että poikkeamien tekemistä käsiteltiin säännöllisesti esimerkiksi osastokokouksissa ja henkilökunnalle annettiin säännöllisesti palautetta seurannan toteutumisesta. (Mustajoki 2005, 2625.)

Vaikka organisaatioilla on yleensä omat kehittämissuunnitelmat ja -ohjelmat, voidaan silti tarvita toisinaan uusia keinoja parantaa organisaation toimintaa. Byers & White (2004) mukaan 14-portaisella laadullisen johtamisen apuvälineet -menetelmällä voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Kaiken alku on varmistaa organisaation johdon tuki ja sitoutuminen aloitteeseen potilasturvallisuuden parantamisesta. Tämän jälkeen täytyy määrittää tärkeysjärjestys ja käyttökelpoisuus potilasturvallisuuden parantamisen aloitteelle perustuen riskeihin, käytössä oleviin resursseihin, johdon tukeen ja organisaation omiin strategioihin. Kolmannessa kohdassa tunnistetaan aloitteen päämäärä ja siihen sisältyvä aihepiiri, prosessi tai ongelma, jota lähdetään korjaamaan ja potilasturvallisuutta parantamaan. Neljännessä ja viidennessä kohdassa kootaan organisaation sisäinen työryhmä, jossa toimii mahdollisimman monen alan asiantuntijoita ja hyödynnetään tekniikoita ja apuvälineitä toimintaprosessin, parhaiden käytäntötapojen, tutkimustyön ja yksimielisesti halutun muutoksen analysoimiseksi. Kuudennessa kohdassa kehitetään haluttu muutos niin, että se voidaan ottaa käyttöön. Seitsemännessä kohdassa tunnistetaan toimenpiteet joita käytetään, jotta voidaan todeta organisaatiossa tehdyssä muutoksesta johtuva parantuminen. Tässä tapauksessa kyseessä on potilasturvallisuuden parantuminen. (Byers & White 2004, 94.)

Byers & White (2004) jatkavat siten, että kahdeksannessa kohdassa henkilökunta koulutetaan halutun muutoksen vaatimalla tavalla, jotta parempaan potilasturvallisuuteen olisi mahdollista päästä ja yhdeksännessä kohdassa otetaan muutos käyttöön ja testataan sitä käytännössä. Kohdassa kymmenen kerätään, analysoidaan ja arvioidaan tietoa ja uudesta käytännöstä tai tavasta toimia. Kohdassa numero yksitoista tehdään vielä tarvittaessa lisää muutoksia, mikäli niihin nähdään tarvetta pohjautuen edellisessä kohdassa kerättyyn tietoon. Kohta kaksitoista käsittää raportoinnin ja tulosten esittelyn tai esittelyä työntekijöille, jotta hekin voivat nähdä muutokset ja tuntee näin onnistuneensa omalta osaltaan tavoitteen tai tavoitteiden täyttymisessä. Kahdessa viimeisessä kohdassa jatketaan uuden käytännön tai käytäntöjen seuraamista ja varmistaa, että nämä pysyvät käytössä, sekä arvioida toimintaa niin organisaation sisäisesti kuin ulkoisestikin. (Byers & White 2004, 94.)

Byers & White (2004) mainitsevat myös toisen, enemmän universaalimman kehittämismallin, jota voidaan käyttää niin terveydenhuollossa, kuin muidenkin alojen organisaatioissa. Tämä ns. ”Plan-Do-Study-Act” – malli käsittää nimessä mainitut kohdat, joiden mukaan tiettyä ongelmaa organisaatiossa voidaan lähteä poistamaan ja paran-

tamaan. Avainkysymykset tämän neljäosaisen mallin käyttämiseen on kolme: mitä yritetään saavuttaa, kuinka tiedämme, että muutos on parannus entiseen verrattuna ja mitä muutoksia voimme tehdä, jotka johtavat ongelman parantamiseen tai ratkaisemiseen. (Byers & White 2004, 89-90.)

Kysymykset, joiden avulla edellä mainittua tutkimusta käytetään, ovat yksinkertaisia, mutta kriittisen tärkeitä muutosten aikaansaamisessa. Vastaamalla kysymykseen, mitä yritämme saavuttaa, asetetaan selvä tulos tai maali, johon sitten pyritään. Näin kaikki, jotka ovat mukana muutosprosessissa, toimivat yhdessä saman tuloksen aikaansaamiseksi. On tärkeää, että tulos johon pyritään, on selkeä. Näin estetään, että parannusprosessi ei ajaudu sivuraiteille, eikä parannusprojekti itsessään ole liian laaja. Näin ollessa on helppo todeta, kun haluttuun tulokseen on päästy. (Byers & White 2004, 90-91.)

Kuinka sitten tiedetään, että haluttuun tulokseen pääseminen on ollut parannus aikaisempaan verrattuna? Byers & White: n mukaan tätä varten täytyy asioiden kulkua seurata ja tukia. Tähän kuuluu niin negatiivisten häittätapahtumien, kuin positiivistenkin tapahtumien kirjaamista. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi kun tehdään muutos lääkkeiden jako tavassa, seurataan tämän jälkeen kuinka usein virheitä tapahtuu tietyllä ajanjaksolla. Asiaa voi mutkistaa se, että lääkevahinko käsitteenä voi olla erilainen eri henkilöille. Tästä syystä organisaatiolla tulee olla yhdenmukaisesti ja ennalta määritetyt käsitteet vahinkotapauksille. Kolmanteen kysymykseen vastatakseen täytyy organisaatiolla olla suunnitelma muutoksen tai muutosten testaamiselle. Tästä vastaa organisaatiossa oleva projektitiimi, joka määrittää testattavan muutoksen, joka siirtyy käytäntöön. (Byers & White 2004, 91-93.)

3.5 Psykiatrian erikoispiirteet potilasturvallisuudessa

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka keskittyy hoitamaan mielenterveyden häiriöitä, joiden diagnosointi perustuu kansainväliseen tautiluokitukseen. Mielenterveyden häiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä ja subjektiivista elämänlaadun heikkenemistä. Psykiatrisille häiriöille on mahdollista, ettei sellaista sairastava henkilö lainkaan tiedosta olevansa sairas. (Lönnqvist & Lehtonen 2007, 14,16.) Psykiatrisen hoidon tarve vaihtelee tapauskohtaisesti. Hoitoon ohjaaminen tapahtuu tavallisesti ongelmien kriisiytyessä. Kunnat ovat velvollisia tarjoamaan mielenterveyspalveluita niitä tarvit-

seville. Potilasta on pyrittävä hoitamaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos se ei kuitenkaan ole mahdollista, voidaan hänet määrätä laissa määritettyjen kriteerien täyttyessä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Heikkinen ym. 2007, 680-681, 689.) Hoitavan henkilökunnan tulee tarjota potilaalle paras mahdollinen hoito. (Pylkkänen 2007, 829.)

Psykiatrisella osastolla uhkan potilasturvallisuudelle saattavat aiheuttaa aggressiiviset tai sekavat toiset potilaat. Tämän vuoksi saatetaan joutua käyttämään pakkotoimia potilaan rajaamiseksi, jotta hän ei olisi uhkaksi itselleen tai muille. Tilanteet, joissa pakkotoimien käyttöön joudutaan turvautumaan, ovat aina riskitilanteita myös potilasturvallisuudelle. Pakkotoimissa voi olla kyse potilasturvallisuuden turvaamisesta. Toisaalta pakkotoimet tulee suorittaa niin, että ne eivät vaaranna rajattavan potilaan potilasturvallisuutta. (Heiskanen-Haarala 2010, 11-14.) Potilastytytyväisyystutkimuksessa aikuispsykiatrisella osastolla 72 % potilaista koki hoito-osaston turvalliseksi ja 20 % osittain turvalliseksi. (Varis 2005, 42.)

Tahdonvastaista hoitoa perusteiksi psykiatriassa vaaditaan, että potilaalla diagnosoidaan psyykinen sairaus, joka ilman hoitoa tulisi huonommaksi, potilas voi olla vaaraksi itselleen tai muille. Lisäksi vaaditaan, ettei mikään muu psykiatrinen hoitomuoto ole tilanteeseen sopiva. Suomen lakien mukaan potilas voidaan hoidon aikana asettaa tarkkailuun tai tahdonvastaiseen hoitoon, jos hän vaaraksi itselleen, muille potilaille tai henkilökunnalle. Lakien antamat ohjeet ovat kuitenkin laveat ja yleisluonteiset. Ne jättävät suurelta osin päätäntävällän psykiatrian sairaanhoidon yksiköille siitä, miten ja milloin tahdonvastaisia toimenpiteitä käytetään. Sairaanhoidonyksiköt vastaavat myös itse pitkälti siitä, miten potilasturvallisuudesta huolehditaan eristämistoimenpiteen aikana. Tahdonvastaisen toimenpiteen aikana tulee huolehtia turvallisesta ympäristöstä, vaatetuksesta ja riittävästä valvonnasta. Psykiatrisissa yksiköissä eristyshuoneiden tulee olla vaatimusten mukaisia, henkilökunnan riittävän koulutettua ja potilaan yksityisyys on suojattu. (Välimäki ym. 2001, 524-525, 529.)

Psykiatriassa kiihtyneen potilaan rauhoittamiseksi käytetään nykyään neuroleptejä akuuttitilanteessa. Kroonisten, huonosti lääkehoitoon reagoivien, potilaiden kohdalla tulee hoitoyksikössä olla suunnitelma lääkehoitovasteen seurantaa ja tehostamista varten, jota seurataan johdonmukaisesti. 1980-luvulta lähtien ns. nopeasta neuroleptisatiosta on luovuttu. Tämän tarkoituksena oli hoitaa psykooseja nopeasti päivystyspoli-

klinikalla. Todettiin kuitenkin, että suuret neuroleptiannokset aiheuttivat haittavaikutusten, esimerkiksi dystonisten reaktioiden, pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän sekä kardiovaskulaaristen häiriöiden, kasvua. Esimerkiksi pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä voidaan tulkita psykoottiseksi kiihtymykseksi ja tämän takia neuroleptiannosta lisätään, joka taas puolestaan johtaa levottomuuden pahenemisen noidankehään. (Hietanen & Henriksson 2002, 280-281.)

Erityisesti psykiatrian hoitoyksiköissä ja päivystyspoliklinikoilla henkilökunta on koennut väkivallan uhan lisääntyneen selkeästi viime vuosien aikana. Väkivalta ja sen uhka aiheuttavat hyvin moninaisia vaikutuksia paitsi työntekijöille, myös muille potilaille. Se on tärkeä potilasturvallisuuden riskitekijä. Väkivallan torjumiseen on kiinnitetty viime vuosina lisääntyvää huomiota ja jo 90-luvun loppupuolelta on pyritty löytämään parempia ja turvallisempia keinoja fyysiseen rajoittamiseen. Esimerkkinä tällaisesta AVEKKI -projekti. Uusista väkivallan hallintakeinoista on saatu positiivisia kokemuksia. (Miettinen ym. 2007, 2981-2982.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuudesta psykiatrisella akuuttiosastolla. Tutkimuksen tavoite on havainnollistaa potilasturvallisuuden kannalta keskeisiä tilanteita, potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja niiden ehkäisyä. Konkreettisenä tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta osastolla.

Tutkimus etsii vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Missä tilanteissa potilasturvallisuus vaarantuu psykiatrisella osastolla?
2. Millaisten tekijöiden hoitajat kokevat aiheuttavan vaaratilanteita?
3. Kuinka turvalliseksi hoitajat kokevat potilasturvallisuuden psykiatrian osastolla?
4. Miten hoitajat näkevät vaaratapahtumien ehkäisyn ja potilasturvallisuuden kehittämisen mahdollisuudet osastolla?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohdejoukko oli akuutin psykiatrisen osaston hoitajat. Hoitajilla tarkoitetaan tässä tapauksessa sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia ja lähihoitajia eli kaikkia, jotka osastolla toteuttavat hoitotyötä. Osasto on psykiatrinen suljettu akuuttiosasto, jolla hoidetaan ensisijaisesti vaikeista mielenterveyshäiriöistä, kuten psykoosisairauksista kärsiviä. Tutkimuskysely toteutettiin lokakuussa 2011. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen myöhästyneitä vastauksia odotettiin viikon ajan.

Aineistokeruu tapahtui kyselylomakkeella (LIITE 1). Kyselylomake koostui avoimista kysymyksistä. Kysely oli puolistrukturoitu, eli kysymykset olivat kaikille vastaajille samat, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole, vaan vastaajat saivat vastata omin sanoin. Vastaajia pyydettiin vastaamaan vapaamuotoisesti ja mahdollisimman moninaisesti.

Kysely lähetettiin kuudelle hoitajalle. Hoitajat valitsi osastonhoitaja. Hoitajat valittiin satunnaisesti, kuitenkin niin, että yksikään vastaajista ei osallistunut samanaikaisesti osastolla tehtävään toiseen tutkimukseen. Osastonhoitaja valitsi osallistujat siten, että vastaajat edustivat työkokemukseltaan monipuolista joukkoa.

Kysymykset lähetettiin sähköpostilla selkeässä ja helposti vastattavassa muodossa kyselyä varten luodusta sähköpostiosoitteesta, johon myös vastaaminen tapahtui. Vastaukset käsiteltiin anonyymisti, eikä esille tulleita sähköpostiosoitteita levitetty tai käytetty muuhun, kuin tutkimuksen toteuttamiseen. Hoitajilla oli myös mahdollisuus vastata kyselyyn paperiversiona. Vastauksista palautui yksi paperiversio ja neljä sähköpostitse.

Ylihoitajalle toimitettiin kirjallinen tutkimussuunnitelma, mistä kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus, tiedonkeruutapa ja tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot. Tutkimuksen tekijät kävivät itse osastolla kertomassa tutkimuksesta ja ohjeistivat siihen osallistumisessa. Lisäksi kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat saivat sähköpostiviestissä ohjeistuksen kyselyyn vastaamisesta. Tutkimusta varten hankittiin lupa alueen vastuuhenkilöltä.

5.2 Menetelmät

Kyselylomake on tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä nopea ja taloudellinen (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Kysymys on opinnäytetyön tasoisesta tutkimuksesta, eikä tekijöillä ole käytettävissä rajattomasti tunteja tutkimuksen tekoon. Kyselytutkimus ei ole perinteinen laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Kvalitatiivinen tutkimus ei kuitenkaan välttämättä vaadi lähikontaktia tutkimuksen kohdejoukkoon, vaikka usein niin esitetään (Hirsjärvi ym. 2009, 194). Yksi kyselytutkimuksen heikkouksia voi olla, ettei tiedetä kuinka hyvin vastaajat tuntevat kysyttävän aihealueen (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Lähdettäessä keräämään aineistoa psykiatriselta hoitohenkilökunnalta kyselyn muodossa, oletetaan, että henkilökunnan osaaminen ja tuntemus omasta työstään ja itseilmaisustaan on riittävällä tasolla, jotta vastaajat voivat toimia oman työnsä asiantuntijoina ja pystyvät analysoimaan omaan työtään riittävän kuvailevasti kyselymuodossa.

Laadullisen tutkimuksen kannalta on hyvä, että vastaajat saavat toimia vastatessaan vapaasti. Tämän vuoksi kyselyn kysymysten tulee pääsääntöisesti olla avoimia ja strukturoimattomia. Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden vastaajalle sanoa mitä asiasta ajattelee. Tämä mahdollistaa sen, että vastaajat voivat tuoda ilmi mikä heidän mielestään on keskeistä. Avoimien kysymyksien vastauksista on myös mahdollista analysoida vastaajien tunnereaktioita. (Hirsjärvi ym. 2009, 194, 201.)

Kattavan aineiston saamiseksi kysymysten asettelu on tärkeää, jotta vastaajat voisivat kertoa asiasta omin sanoin, silti riittävän kattavasti ja osuvasti. On kuitenkin olemassa mahdollisuus, että kysely ei tuota riittävän kattavaa laadullista aineistoa. Tutkimuksessa varauduttiin aikataulun ja resurssien puolesta mahdollisten täydentävien haastattelujen tekemiseen. Kyselyn vastausten analysoinnin jälkeen niiden tekemiselle ei nähty välttämätöntä tarvetta.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksessa kerätty aineisto koostui kysymyksillä kerätystä vastausmateriaalista. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen aineiston analysoinnin menetelmänä käytettiin

sisällönanalyysiä. Laadullisen tutkimuksen perusprosessina on sisällönanalyysi. Se on monien aloittelevien tutkijoiden käyttämä menetelmä, väitöskirjatutkimuksissa sitä on käytetty täydentävänä menetelmänä. Sen avulla kerätystä aineistosta voidaan tarkastella sen merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi soveltuu aineiston tiivistämiseen, niin tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla, ja se yhteydet voidaan havaita. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23.)

Sisällönanalyysi voi olla luonteeltaan aineisto- tai teorialähtöistä. Tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä analyysiä. Aineistolähtöisessä analyysissä aineisto pelkistetään ensiksi kysymällä siltä tutkimustehtävän kysymyksiä. Kun aineisto on pelkistetty ilmaisujen tasolle, aletaan ryhmittelemään luokkiin, jonka jälkeen samantyyppiset luokat yhdistetään yläluokiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.) Laadullisen analysoinnin lisäksi voimme kvantifioida aineistoa. Laadullisen tutkimuksen kvantifiointi ei voi olla tulkinnan perusta, mutta se voi tuoda lisätietoa tutkimuksen tuloksiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 40.)

Koska tutkimus oli luonteeltaan kvalitatiivinen, ei sitä nähty tarpeelliseksi lähteä suunnittelemaan liian tarkasti. Sillä kvalitatiivisen tutkimuksen perusteita ovat suunnittelun väljyys ja täsmällisyyden ohittaminen, vaikkei sitä, mitä, missä ja miten tutkitaan voi jättää ilmaisematta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 45).

Analyysissä pyritään kuvaamaan vastausten sisältöä sanallisesti. Lisäksi aineistoa voidaan kvantifioida ja saada siten toista näkökulmaa aiheeseen. Kyselyn tuottama aineisto esitetään tiivistä ja selkeästi. Analyysin tarkoituksena mahdollisesta hajanaisesta vastausmateriaalista pyritään muodostamaan mielekäs ja yhtenäinen informaatiokokonaisuus. Analyysissä aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja koostetaan tuloksiksi.

Tutkimuksen tulosten sisältöä analysoidaan aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa voi redusoida, klusteroida ja abstrahoida. Analyysissä aineisto käydään tarkasti läpi ja siitä voidaan etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joita voidaan yhdistellä luokiksi. Aineistosta muodostuvaa kuvausta verrataan alkuperäisaineistoon. Tuloksissa pyritään esittämään aineistosta muodostettu malli tai aineistoa kuvaavat teemat, riippuen siitä, millaisia tuloksia tullaan saamaan. Johtopäätöksissä pyritään näkemään tutkittavien näkökulma tutkimuksen kohteeseen. Lisäva-

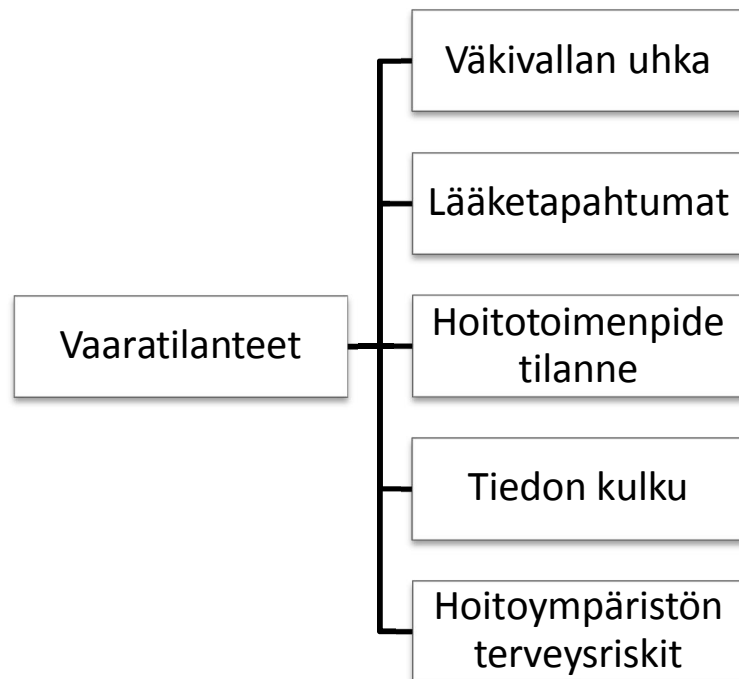
loa tuloksiin voidaan mahdollisesti tuoda kvantifioinnin avulla, sikäli kun aineistosta pystytään muodostamaan riittävän suuria numeerisia yhtäläisyyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Palautuneet vastaukset, 5 kappaletta, luettiin huolellisesti läpi, jonka jälkeen vastaukset pelkistettiin ilmauksiksi. Ilmauksista poimittiin ne, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Ilmauksia kertyi yhteensä 96, jotka jakautuivat eri tavoin tutkimuskysymysten alle. Ilmauksista muodostettiin 36 käsitettä, jotka jakautuivat 15 yläkäsitteeseen, joista muodostui neljä pääkäsitettä. Samaa tarkoittavat ilmaukset ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokiksi. Ryhmittelyn jälkeen analysointia jatkettiin nimeämällä muodostuneet ryhmät ja luokittelemalla niitä. Luokituksia yhdisteltiin edelleen niin, että muodostuivat ylä- ja pääluokat. Luokittelut kuvattiin kuvioilla. (LIITTEET 3-6.)

6 TULOKSET

6.1 Vaaratilanteet

Vaaratilanteista kysyttäessä haluttiin selvittää minkä tyyppisiä vaaratilanteita akuutilla psykiatrisella osastolla tapahtuu. Hoitajien kokemuksista oli eroteltavissa viiden tyyppisiä vaaratilanteita. Nämä olivat väkivallan uhka, lääketapahtumat, hoitotoimenpide tilanne, tiedon kulku ja hoitoympäristön terveysriskit. Vaaratilannetyypit muodostuivat 32 pelkistetystä ilmauksesta, josta pääkohdat kuvattu kuvaajassa (katso kuvio 1) ja tarkempi jaottelu liitteessä (katso liite 3).



KUVIO 1. Vaaratilanteiden kategoriat

Väkivallan uhka

Väkivallan uhka jaetaan vielä fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan. Fyysisen väkivallan uhka käsitettiin aggressiivisuutena, levottomuutena tai potilaan riehumisena. Henkisen väkivallan uhka käsitettiin puolestaan asiattomana käyttäytymisenä toista potilasta kohtaan, toisen potilaan henkilökohtaisten rajojen ylittämisenä tai seksuaalisena häi-

rintänä. Väkivallan uhan koettiin vastauksissa tulevan toisen potilaan taholta, ei ulkopuolisten henkilöiden tai henkilökunnan puolelta.

”potilashuoneessa, jossa useampi potilas, jollakin yllättäen voimistuneet harhat ja käynyt toisen potilaan kimppuun”

”Osastollamme tapahtuu väkivaltatilanteita hyvin harvoin, mutta lähiaikoina olemme joutuneet puuttumaan siihen, kun miespotilas on kosketellut naispotilasta asiattomasti seksuaaliseen sävyyn.”

Lääketapahtumat

Monissa vastauksissa tuotiin esiin lääketapahtumiin liittyvien vaaratilanteiden esiintyvän lääkkeenjako tai -antotilanteissa. Lääkehoidon vaaratapahtumiksi luokiteltiin myös lääkehoidon toteutumattomuus ja omien lääkkeiden muodostama vaara. Vastauksista esiin noussut lääkemääräysten ajantasaisuuden puute luokiteltiin analyysissä kuuluvaksi niin tiedon kulkuun kuin lääketapahtumiin liittyväksi vaaratilanteeksi. Potilaan turvallisuus vaarantuu lääkkeidenjaon yhteydessä, mutta toisaalta tilanteen syy on tiedonkulun ongelmissa.

”potilaan lääkemääräys on jäänyt tulostamatta lääkelehdeltä tai suunniteltua lääkemääräystä ei ole vielä toteutunut lääkelehdelle”

”Silloin tällöin potilaan lääkemuuotos voi jäädä huomioimatta tai hän voi saada lääkettä eri määrän kuin lääkäri on määrännyt”

”lääkkeenjako-tilanteessa potilas saanut toisen potilaan lääkkeitä”

Hoitotoimenpide tilanne

Hoitotoimenpiteitä, joiden yhteydessä potilasturvallisuuden nähtiin vaarantuvan, olivat ravitsemustilanteet ja rajoitustilanteet. Ravitsemustilanteessa potilasturvallisuus voi vaarantua potilaan jättäessä ruoat syömättä sairaudestaan tai muusta syystä johtuen. Ravitsemustilanteeseen liittyy myös riskejä ruokailuvälineiden tai muiden asioiden väärinkäytön suhteen. Rajoitustilanteet ovat monella tavalla hankalia tilanteita, jotka voivat paitsi vaikeuttaa potilaan hoitomyöntyvyyttä, myös vaarantaa potilaan fyysistä ja henkistä hyvinvointia.

”sairaudestaan johtuen jotkut potilaat pelkäävät tulevansa myrkytetyiksi henkilökunnan toimesta joko ruoan tai lääkkeiden välityksellä”

”Ruokailuvälineitä on ruokailutilanteissa lähtenyt myös potilaiden mukanaan”

”rajoitustilanteet ovat tilanteita, jolloin potilaat herkästi turhaantuvat ja motivaatio hoitoa kohtaan heikkenee”

Tiedon kulku

Tiedonkulun osalta potilasturvallisuus vaarantuu karkeasti jaettuna kahdella tavalla. Tieto ei kulje henkilöltä tai hoitavalta taholta toiselle. Vaihtoehtoisesti tieto kulkeutuu sellaisille tahoille, joille sen ei kuuluisi kulkeutua. Potilaasta ei välttämättä saada kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja tai tiedot voivat olla vääriä tai vanhentuneita. Esimerkkinä tällaisesta tapauksesta on aikaisemmin mainittu lääkemääräysten ajantasaisuuden puutteellisuus.

”Osastomme kanslian seinällä oleva potilastaulu... ..potilaat usein katselevat taululta tietojaan ja samalla pääsevät näkemään myös muiden tietoja.”

”tärkeää tietoa somaattisesta voinnista voi jäädä saamatta / saadaan tietoa viiveellä”

”tiedon kulku potilaan siirtyessä osastolta toiselle”

Hoitoympäristön terveysriskit

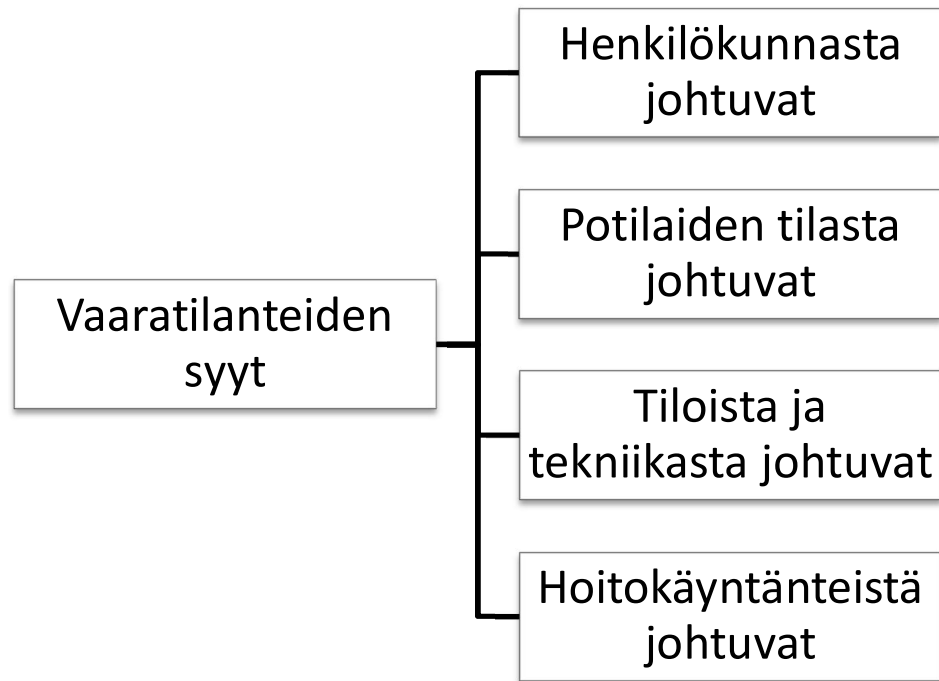
Hoitoympäristöstä johtuvia potilaan hyvinvoinnin vaarantavia tekijöitä hoitajien mielestä nousi vastauksissa ennen kaikkea tulipalojen vaaraan liittyvät tilanteet. Lisäksi vastauksissa nousi esiin myös sisäilmaongelmat ja niiden vaikutukset potilaiden terveyteen.

”tulipaloriski lienee somatiikan osastoihin verrattuna suurempi”

”Toisinaan potilailta löytyykin tulentekovälineitä taskuista.”

6.2 Vaaratilanteiden syyt

Vaaratilanteiden syissä haluttiin selvittää, millaisten tekijöiden hoitajat kokevat lisäävän vaaratilanteiden riskiä. Hoitajien kokemuksista oli eroteltavissa neljän tyyppisiä vaaratilanteiden syitä. Näitä olivat henkilökunnasta johtuvat, potilaiden tilasta johtuvat, tiloista ja tekniikasta johtuvat ja hoitokäytänteistä johtuvat tekijät. Vaaratilanteiden syyt muodostuivat 39 pelkistetystä ilmauksesta, josta pääkohdat kuvattu kuvaajassa (katso kuvio 2) ja tarkempi jaottelu liitteessä (katso liite 4).



KUVIO 2. Vaaratilanteiden syiden kategoriat

Henkilökunnasta johtuvat tekijät

Vastauksista oli jaoteltavissa neljän tyyppisiä henkilökunnasta johtuvia vaaratapahtumien syitä. Esiin nousivat vähäiset tai riittämättömät hoitaja resurssit, kiire, ylikuormitus sekä lyhyt aikaisten sijaisten puutteellinen tietotaso tai perehdytys osaston käytänteisiin. Hoitajat saattavat ylikuormittua kiireessä tai vaikeahoitoisten potilaiden kanssa. Tällöin huomiokyky heikkenee ja potilasturvallisuus vaarantuu. Myös henkilökunnan äkillinen sairastuminen voi laskea osaston yleistä turvallisuutta.

”henkilökuntaa äkillisesti sairaana ja paikataan toisen osaston henkilökunnalla tai keikkalaisella”

”potilaita ylipaikoilla”

Potilaiden tilasta johtuvat tekijät

Potilaista johtuvia tekijöitä olivat harhaisuus, aggressiivisuus, pelokkuus, itsetuhoisuus, somaattiseen vointiin liittyvät tekijät ja epäselvä suullinen kommunikaatio. Osa tekijöistä on selvästi nähtävissä potilaan psyykkisen oireilun ilmentymänä. Potilasturvallisuus voi vaarantua myös potilaan somaattiseen vointiin liittyvästä syystä. Potilaan epäselvä kommunikaatiokyky saattaa aiheuttaa tiedonkulkuun liittyviä vaaratilanteita. Potilaan harhaisuus saattaa tehdä potilaan käyttäytymisestä vaikeasti ennakoitavaa ja muodostaa siten useamman tyyppistä vaaratilanteiden uhkaa.

”epäselvän puheen vuoksi, tällöin tärkeää tietoa somaattisesta voinnista voi jäädä saamatta / saadaan tietoa viiveellä.”

”akuutit somaattiset sairaudet yhdessä huonon psyykkisen voinnin kanssa”

”Psykoottiset potilaat ovat arvaamattomia. Voivat satuttaa toisiaan.”

”potilas saattaa sairautensa takia suhtautua varauksella tai peläten henkilökuntaan tai toisiin potilaisiin”

Tila ja tekniset ongelmat

Tilan ja tekniikan nähtiin muodostavan potilasturvallisuuden kannalta monenlaisia heikentäviä tekijöitä. Fyysiset tilat saattoivat vaikeuttaa potilaiden valvontaa. Vastauksissa koettiin potilasturvallisuuden kannalta haastavana, että potilailla oli mahdollisuus päästä toisten potilaiden huoneisiin ja mahdollisuus nähdä esillä olevia potilastietoja. Tekniikan osalta hankalaksi koettiin potilaskutsujen puuttuminen ja ulkopuolisten henkilöiden valvonnan hankaluus. Vastauksissa nousi esiin myös virikkeiden ja viihtyisyyttä lisäävien tekijöiden puute vaaratilanteita lisäävänä tekijänä.

”potilaalla on vähän aktiviteettia osastolla ja tämä aiheuttaa levottomuutta ja hermostuneisuutta”

”osastolla ei ole enää hoitajakutsutaulua”

”paljon sokkeloisia käytäviä sekä muita sopukoita, joihin ei ole näköyhteyttä”

”potilas ovat menneet toisen potilaan huoneeseen joko vahingossa tai tarkoituksella”

Hoitokäytänteistä johtuvat tekijät

Hoitokäytänteistä johtuvia tekijöitä katsottiin olevan osaston ulkopuolelle suuntautuvat käynnit, valvonnan pettäminen, potilaan tilan virhearviointi, potilaiden lomiin liittyvät ongelmat, lääkehoidon ongelmat ja hoitajan näkyvyyden puuttuminen. Valvonnan ongelmaksi nähtiin ennen kaikkea henkilökohtaisten tavaroiden tarkastamisen haasteellisuus sekä yleinen järjestelmällisyyden puute. Lääkehoidon osalta potilasturvallisuus vaarantui tarkastusta vaikeuttavista tekijöistä johtuen, kuten nestemäisten lääkkeiden samankaltaisuudesta tai poikkeavista lääkkeiden antoajoista. Potilaan käynniksi osaston ulkopuolelle on laskettu tutkimuskäynnit ja henkilökohtaiset hoitoon kuuluvat kotilomat, jolloin potilas on hankalammin valvottavissa olosuhteissa.

”Kun potilaat ulkoilevat, he saavat halutessaan sytkärin matkaan. Mutta sitä ei kovin järjestelmällisesti valvota, palauttaako potilas sytkärin henkilökunnalle.”

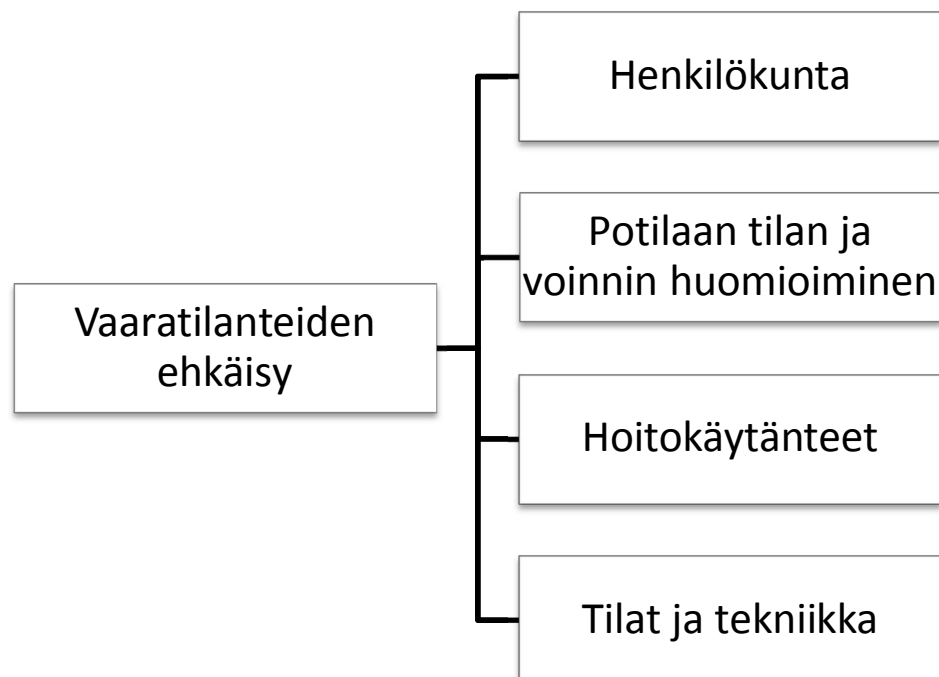
”Kirkkaan nestemäisen lääkkeen kohdalla on mahdotonta tietää onko kyseinen lääke esim. risperdal 1mg/ml vai serenase 2mg/ml tai vaikkapa absenor.”

”jos lääkkeenottoaikoja on useita virheen mahdollisuus lisääntyy.”

”potilas on mennyt lomalle eikä halua palata sieltä takaisin tai ottaa väärin lääkettä loman aikana”

6.3 Vaaratilanteiden ehkäisy

Tutkimuksessa kysyttiin hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vaaratilanteiden ehkäisystä. Tällä haluttiin selvittää, miten hoitajat kokivat vaaratilanteita ehkäistävän osastolla. Hoitajien kokemuksia analysoitaessa voitiin erotella neljän tyyppisiä vaaratilanteiden ehkäisymenetelmiä. Nämä olivat henkilökuntalähtöiset, potilaan tilan ja voinnin huomioimisesta lähtevät, hoitokäytänteiden kehittämiseen ja tiloihin ja tekniikkaan liittyvät tekijät. Tähän kysymykseen tuli runsaasti vastausmateriaalia, jonka pyrimme pelkistämään yhtenäisten käsitteiden alle, josta pääkohdat kuvattu kuvaajassa (katso kuvio 3) ja tarkempi jaottelu liitteessä (katso liite 5).



KUVIO 3. Vaaratilanteiden ehkäisyn kategoriat

Henkilökunta

Henkilökuntalähtöisiä vaaratilanteiden ehkäisykeinoja oli eroteltavissa neljän tyyppisiä. Jaoimme henkilökuntalähtöiset tekijät riittävistä henkilökuntaresursseista, riittävästä osaamisen tasosta, henkilökunnan jaksamisesta huolehtimiseen ja tarvittavan lisäavun hankkimiseen. Riittävillä henkilökuntaresursseilla pyritään huolehtimaan siitä, että paikalla on riittävästi henkilökuntaa vaaratilanteiden varalle. Lisäksi tunnistetaan myös mahdollisuus pyytää lisäapua toiselta osastolta tai mahdollisuus pyytää vartija paikalle tarvittaessa. Henkilökuntaa on pyritty perehdyttämään mahdollisten vaaratilanteiden ja niiden ehkäisyn varalle. Vastauksissa nousi esiin myös tarve hoitajien mahdollisuudelle taukoihin ja ”tuulettumiseen” jaksamisen turvaamiseksi.

”Paloturvallisuus on otettu huomioon henkilökunnan koulutuksessa.”

”lääkkeenjakotilanteissa kaksi hoitajaa”

”Mahdollisuuksien mukaan työnohjaus. Hoitajien ”tuulettuminen” esim. huumorin keinoin. Hoitaja pitää huolta myös omasta jaksamisesta, esim. pitää ruokatauot.”

”kutsutaan tarvittaessa vartija osastolle jos potilas käyttäytyy aggressiivisesti”

Potilaan tilan ja voinnin huomioiminen

Keskeisimmäksi vaaratilanteiden ehkäisykeinoksi muodostui potilaan tilan ja voinnin huomioimiseen liittyvät tekijät. Hoitajat kokivat, että huomioimalla potilaan vointia ja vaikuttamalla siihen, pystyttiin merkittävästi parantamaan vaaratilanteiden ehkäisyä. Potilaan voinnista pyrittiin huolehtimaan keinoin, joita olivat lääkkeelliset keinot, potilaan aktivointi, läsnäolo ja tiedon antaminen. Myös somaattisilla mittauksilla pyrittiin turvaamaan potilaan turvallisuutta. Keskeisimpinä esiin nousivat läsnäolon eri keinot sekä tiedon antaminen. Läsnäolon menetelminä nimettiin näkyvillä olo, keskustelu ja kuuntelu, sekä tuki päivittäisissä toiminnoissa. Tietoa pyrittiin antamaan koskien potilaan terveyttä, hoitoa, osaston sääntöjä ja hoitajuutta.

”Potilaan ollessa huonossa voinnissa (esim. itsetuhoinen), hänelle pyritään antamaan ennakoivasti lääkettä ja toteuttamaan hoitotyön toimenpiteitä ennen kuin hänen vointinsa menee liian huonoksi.”

”hoitaa esittäytyy potilaalle vuoron alussa ja huomioi potilaan”

”hoitaja tukee päivittäisissä toiminnoissa potilasta”

”potilaita aktivoivaa tekemistä osastolla”

”Hoitajat viettävät aikaa potilaiden seurassa osastonpuolella ja ovat potilaiden saatavilla, joka lisää turvallisuudentunnetta.”

Hoitokäytänteet

Vastauksissa tärkeiksi vaaratilanteiden ehkäisy menetelmiksi nousivat erilaiset hoitokäytänteisiin liittyvät tekijät. Näistä oli selkeästi eroteltavissa omaksi ryhmäkseen tekijät, jotka liittyvät lääkehoitoon. Muita hoitokäytänteitä, joilla pyrittiin vaikuttamaan potilaiden turvallisuuteen, olivat tiedonkulkuun ja –saantiin liittyvät tekijät sekä tarkkailu ja eristystilanteisiin liittyvät tekijät. Tutkimuksessa selkeästi keskeisimmäksi potilasturvallisuuteen vaikuttavaksi tekijäksi nousi ennakointi erilaisissa tilanteissa. Lääketapahtumien keskeinen osuus vaaratilannetilastoissa vaikuttaisi näkyvän selvästi myös hoitajien kokemuksessa vaaratilanteiden ehkäisymenetelmissä. Erilaisia lääkehoitoon liittyviä ehkäisykeinoja nousi selkeästi eniten esiin.

”lääkehuoneessa on erikseen hyllyt lääkkeille joita käytetään tällä hetkellä sekä erikseen varastolääkkeille, näin virheen mahdollisuus lääkettä jakaessa pienenee”

”Lääkkeiden jaossa käytetään kaksoistarkistusta, jotta lääkehoidon virheitä voitaisiin ehkäistä.”

”pyritään ennakoimaan mahdolliset riskitilanteet”

”potilaan vointia kuvaavat kirjaukset ja mahdollisimman reaaliaikaiset”

Tilat ja tekniikka

Yhtenä vaaratilanteiden ehkäisymenetelmänä voidaan pitää myös tiloihin ja tekniikkaan liittyviä tekijöitä. Hoitajien kokemuksista tällaisia tekijöitä oli eroteltavissa tilasuunnittelu, hälytysjärjestelmä, palo- ja pelastussuunnitelma. Keskeisimpänä tiloihin ja tekniikkaan liittyvät ehkäisymenetelmät liittyivät paloturvallisuuteen. Tulipalojen riski oli pyritty huomioimaan niin tilasuunnittelussa, kuin ajantasaisessa palo- ja pelastussuunnitelmassa. Myös hälytysjärjestelmän toimivuus nousi esiin ehkäisymene-

telmänä. Yhtenä tilasuunnittelussa potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä nähtiin myös potilaan mahdollisuus lukita huoneen ovi.

”Osastolla on palo- ja pelastautumissuunnitelmat mahdollisten tulipalojen varalta.”

”Paloturvallisuus on otettu huomioon sisustuksessa ja henkilökunnan koulutuksessa.”

”potilailla on mahdollisuus pistää huoneen ovi lukkoon yöksi, jos kokevat olonsa turvattomaksi”

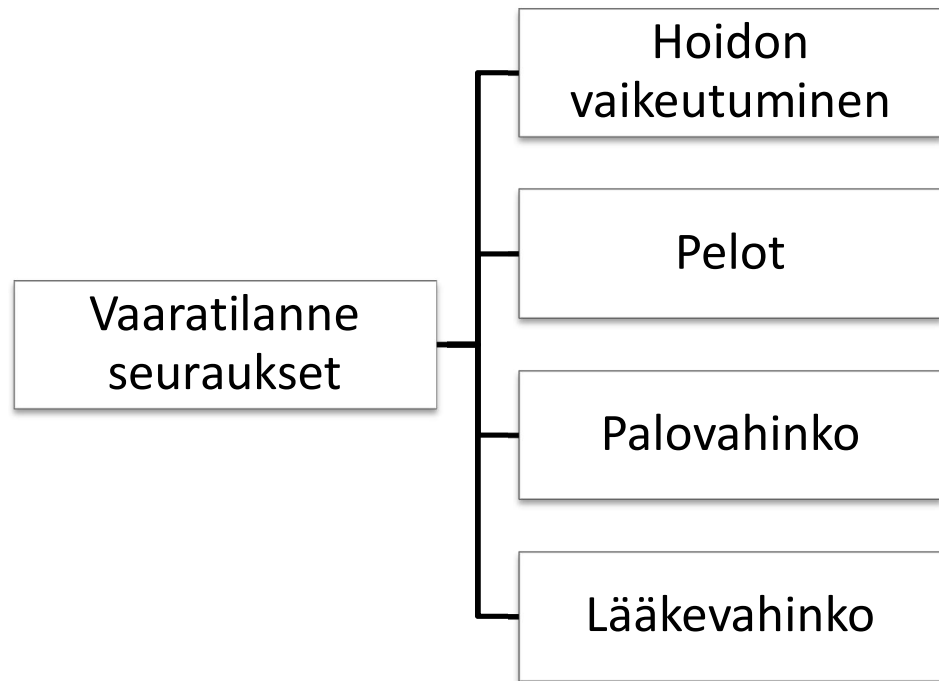
6.4 Vaaratilanne seuraukset

Tutkimuksessa haluttiin selvittää hoitajien kokemusta osaston turvallisuudesta potilaille. Yleisesti ottaen vastausten perusteella voi sanoa, että osasto koetaan melko turvalliseksi. Hoitajat kokivat, ettei vakavia potilaan turvallisuutta ja terveyttä vaarantavia tapahtumia juuri esiintynyt. Konkreettisenä potilaan terveyttä uhkaavana tekijänä esiin nousivat tulipalo ja lääketapahtuman seuraukset. Keskeisenä seurauksena potilasturvallisuuden toteutumattomuudesta nähtiin hoidon vaikeutuminen ja pelot osastoa tai muita potilaita kohtaan. Vaaratilanteiden seurauksina hoidon koettiin vaikeutuvan potilaiden tullessa varautuneemmaksi hoitoa kohtaan tai heidän motivaationsa hoitoa kohtaan laski. He saattoivat tulla hoitajahakuisemmaksi pelkojen lisääntyessä. Tulokset esitetty kuvaajassa neljä (katso kuvio 4), tarkempi jaottelu liitteessä kuusi (katso liite 6).

”Oudosti käyttäytyvät psykoottiset voivat tuntua pelottavilta, mutta harvoin heistä on toisilleen vaaraa.”

”jotkut potilaat kokeneet seksuaalista häirintää toisen potilaan taholta eikä pelko poistu vaikka tilanteeseen on puututtu”

”Antaisin arvosanaksi turvallisuuden kannalta neljä pistettä viidestä.”



KUVIO 4. Vaaratilanteiden seurausten kategoriat

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tarkastella potilasturvallisuutta psykiatrian suljetulla akuuttiosastolla. Halusimme tutkia, miten hoitohenkilökunta akuutilla psykiatrian osastolla kokee potilasturvallisuuden. Miten potilasturvallisuus täällä toteutuu ja mitkä henkilökunta näkee täällä potilasturvallisuuden haasteiksi ja kehittämiskohteiksi? Miten hoitajat kokevat potilasturvallisuuden ja tilanteet, joissa se vaarantuu? Tutkimuksia nimenomaan psykiatrian potilasturvallisuudesta on kovin vähän, Suomessa tuskin lainkaan. Kuitenkin psykiatriseen hoitoon ja osastoon hoitoympäristönä liittyy paljon yksityiskohtia, jotka tekevät siitä varsin erilaisen verrattuna esimerkiksi kirurgian yksiköihin.

Tutkimuksessa esitimme hoitajille neljä avointa kysymystä, joilla keräsimme aineistoa tutkimuskysymyksiin. Jotkin kysymykset tuottivat aineistoa enemmän kuin toiset. Eri kysymysten vastaukset nivoutuivat toisiinsa ja niistä muodostui yksi iso kokonaisuus, joka kuvasti potilasturvallisuutta hoitajien näkökulmasta. Tätä aineiston muodostamaa kokonaisuutta purimme sisällönanalyysin menetelmin vastauksiksi tutkimuskysymyksiin.

Opinnäytetyön teoriaosio käsitteli potilasturvallisuutta pääosin yleisenä ilmiönä, koska tutkimuksia psykiatrian puolelta on huomattavasti vähemmän saatavilla. Jo lähtökohteisesti oletimme potilasturvallisuuden ongelmien olevan jossain määrin erityyppisiä somatiikan ja psykiatrian osastoilla. Tässä suhteessa tutkimuksen tulokset eivät yllättäneet. Vaikka kyseessä oli laadullinen tutkimus, eikä tutkimustuloksista voi tehdä vertailuja määrällisiin aineistoihin, on silti nähtävissä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Vaaratilanteet

Vaaratilanteista kysyttäessä haluttiin selvittää minkä tyyppisiä vaaratilanteita akuutilla psykiatrisella osastolla tapahtuu. Erityisesti esille nousi väkivallan uhka ja lääketapahumat. Sosiaali- ja terveysministeriön HaiPro –pilottiprojektissa lääke-, varjoaine- ja verensiirtotapahumat muodostivat 52,1 % kaikista vaaratapahumista. Samassa pilottiprojektissa väkivaltatapahumat muodostivat 5,5 % vaaratapahumista. (STM

2008:16, 28-30.) Opinnäytetyön vastausaineistossa väkivalta nousi esiin selkeimpänä ja eniten huolta aiheuttavana tekijänä. Väkivallaksi ja potilaan turvallisuutta uhkaavaksi tekijäksi on mielletty suora- ja epäsuoraväkivalta, joita molempia vastausaineisto heijasti. Väkivallaksi luettiin myös selkeä toisen henkilökohtaisten rajojen rikkominen.

Lääketapahtumat nousivat esiin tässäkin tutkimusaineistossa, mutta eivät ehkä niin selvästi kuin teoria antaisi olettaa. Yhtenä syynä tähän voi olla, että lääkehoitoon kiinnitetään potilasturvallisuuden kehittämisessä paljon huomiota. HaiPro – pilottiprojektissa lääkitysvirheistä suurin osa oli jako- tai antovirhe ja kirjaamiseen liittyviä virheitä oli viidennes. (STM 2008:16, 28-30.) Tämän työn tutkimusaineistossa esiintyi samansuuntaisia näkemyksiä lääkehoidon vaaratapahtumista. Tiedonkulun ongelmat limittyvät osittain ristiin lääkehoidon vaaratilanteiden kanssa, mutta aiheuttavat myös muunlaisia vaaratapahtumia. Potilaan hoitoprosessin aikana häntä saatetaan hoitaa useilla eri osastoilla, jolloin tiedonkulkuun voi tulla katkoja siirryttäessä osastolta toiselle. Tiedonkulun ongelmaksi luettiin myös tiedon kulkeutuminen sellaiselle taholle, jolle se ei kuulu. Ongelmiksi nähtiin esimerkiksi se, että potilaat pääsivät näkemään kansliassa olevia toisten potilaiden tietoja.

Psykiatrian puolella korostuvat vastentahtoiseen hoitoon liittyvät toimenpiteet ja rajoitustilanteet. Nämä tilanteet ovat aina hankalia ja niitä pyritäänkin välttämään niin paljon kuin mahdollista. Koska niihin toistuvasti joudutaan, muodostavat ne potilasturvallisuutta vaarantavan tekijän, joka korostuu nimenomaan psykiatrian puolella. Potilaan turvallisuuden nähtiin vaarantuvan myös ravitsemukseen liittyvissä tilanteissa, jos potilas sairaudestaan johtuen tarkoituksella jättää ruokansa syömättä. Ruokailutilanne muodosti korostunutta uhkaa potilasturvallisuudelle myös sikäli, että ruokailuvälineet saattoivat potilaiden mukaan ja päätyä mahdollisen itsensä tai muiden vahingoittamisen välineiksi. Vastauksissa nousi esiin myös tulipalon riski, joka koettiin suuremmaksi kuin somatiikan puolella.

Vaaratilanteiden syyt

Vaaratilanteiden syistä kysyttäessä haluttiin selvittää, minkälaisen tekijöiden hoitajat kokevat vaikuttavan vaaratilanteiden syntyyn. Vaaratilanteiden syiden kategorioiksi muodostuivat henkilökunnasta johtuvat, potilaiden tilasta johtuvat, hoitokäytänteistä

johtuvat sekä tiloista ja teknisistä ongelmista johtuvat tekijät. Keskeisimpinä näistä esiin nousivat potilaiden tilasta ja hoitokäytänteistä johtuvat syyt. Aineiston perusteella voitaneen sanoa, että psykiatrisella osastolla keskeisenä vaaratilanteiden syynä nähtiin psykiatristen potilaiden oireilun psyykkinen luonne. Voidaankin sanoa, että vaaratilanteiden syitä analysoitaessa ja vertailtaessa somaattisen puolen tutkimusten tuloksiin, juuri nämä psyykkisen oireilun aiheuttamat tekijät muodostavat keskeisimmän eron.

Tutkimuksissa potilasturvallisuuden vaaratapahtumien syistä, psyykkiset tekijät tai ylipäättään potilaan oireilusta nousevat syyt, eivät näyttäyty keskeisinä tekijöinä. Lähinnä voidaan sanoa, että potilaiden tilaan liittyvänä vaaratapahtumien syynä tutkimuksissa on nähty runsaasti hoitoa vaativat potilaat (Räsänen 2008, 26-27). Tässä tutkimuksessa isona ryhmänä vaaratapahtumien syitä selvitettäessä nousi esiin potilaan tilasta johtuvat tekijät. Vaaratilanteita koettiin syntyvän potilaan psykoottisen oireilun seurauksena, jos siihen ei pystytty puuttumaan riittävän ajoissa.

Toisena keskeisenä kategoriana voidaan pitää hoitokäytänteistä johtuvia tekijöitä. Tähän kategoriaan jaottelimme aineistosta poimittavissa olleita riskitekijöitä, jotka liittyvät erilaisiin hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkkeiden jakoon tai potilaan henkilökoh- taisten tavaroiden tarkastamiseen. Tämän kategorian tekijät lienevät sen tyyppisiä, joihin erilaisilla toimintatapojen muutoksilla voidaan vaikuttaa. Myös sosiaali- ja terveysministeriön HaiPro –projektissa toimintatavat nähtiin yhdeksi keskeiseksi vaaratilanteita aiheuttaneeksi tekijäksi (STM 2008:16, 35-36). Suurimpana yksittäisenä hoitokäytänteiden kategorian osa-alueena esiin nousi lääkkeiden jakoon liittyvät tekijät. Tämä ei sikäli ollut yllätys, sillä yleisesti tutkimuksissa lääketapahtumat nousevat keskeisimmäksi vaaratapahtumaksi. Vahvasti esiin nousi myös erilaiset valvonnan puutteellisuuteen ja pettämiseen liittyvät tekijät. Tämä voitaneen nostaa esille tärkeänä kysymyksenä, kun mietitään potilasturvallisuuden parantamista.

Aiemmissa tutkimuksissa potilasturvallisuuden syistä liian vähäiset henkilökunta- resurssit nousivat yhdeksi keskeisimmäksi tekijäksi. Myös puutteellinen osaaminen on nostettu näissä tutkimuksissa esiin. Toisaalta sijaisten ja muun väliaikaisen työvoiman käyttö ei suoranaisesti näyttäisi lisäävän vaaratapahtumia. (Räsänen 2008, 26-27, 42.) Tässä tutkimuksessakin henkilökuntaresursseista, työmäärästä ja osaamisesta johtuvat tekijät nousivat esiin, mutta eivät korostuneen suurena roolissa. Vaikka tämän aineis-

ton perusteella varsinaista määrällistä analyysiä voida tehdä, voidaan sanoa vaikuttavan siltä, että henkilökunta kuormituksenosuu vaaratilanteita aiheuttavana tekijänä ei ole niin merkittävä kuin myös somatiikan puolta koskevissa tutkimuksissa käy ilmi. Sanottakoon kuitenkin sen silti olevan merkittävä.

Tutkimuksessa esiin nousi myös tiloihin ja tekniikkaan liittyviä tekijöitä, jotka aiheuttivat potilasturvallisuuden vaarantumista. Tällaisiksi luokiteltiin tekijät, jotka tiloista johtuen hankaloittivat potilaiden valvontaa ja hoitoa, sekä vaaransivat esimerkiksi potilaan tietoturva. Potilaiden valvonta nähtiin keskeiseksi potilasturvallisuuden kannalta, jotta pystyttiin ennakoimaan vaaratilanteita. Kokemuksemme mukaan tietoturvan vaarantumista ei erityisen selkeästi huomioda potilasturvallisuutta koskevissa tutkimuksissa. Näemme sen kuitenkin keskeiseksi osaksi potilasturvallisuutta ja se nousee myös aineistossamme selkeästi esiin.

Vaaratilanteiden ehkäisy

Kysyimme hoitajilta tutkimuksessa miten he näkivät vaaratilanteita ehkäistävän osastolla. Analysoitaessa aineistoa jaoinme ehkäisyn neljään kategoriaan, jotka noudattelivat samaa linjaa vaaratilanteiden syiden kategorioiden kanssa. Vaaratilanteiden ehkäisyn kategoriat ovat henkilökunta, potilaan tilan ja voinnin huomioiminen, hoitokäytännöt sekä tilat ja tekniikka. Keskeiseksi vaaratilanteiden ehkäisyssä nousi potilaan tilan ja voinnin huomioimisen kategoria, sekä hoitokäytännöt. Tämä noudatteli samaa linjaa vaaratilanteiden syiden kanssa. Näyttäisi siltä, että ehkäisyyn oli panostettu niillä sektoreilla, joiden nähtiin muodostavan suurimmat riskit potilasturvallisuudelle.

Jälleen selkeäksi eroksi somaattisen ja psykiatrisen puolen välille näyttäisi muodostuvan potilaan tilan aktiivinen huomioiminen. Psykiatrisella puolella hoito ja potilaan tilan tarkkailu muodostavat selkeän tekijän myös yleisen potilasturvallisuuden kannalta. Tämä ei somatiikan puolella joko ole noussut tai ole nostettu merkittävänä tekijän esiin. Tutkimuksessa vaaratilanteita nähtiin pystyttävän ehkäisemään tarjoamalla potilaalle tietoa, sekä läsnäoloa. Siinä missä potilaiden psyykkistenoireiden nähtiin olevan tärkeä vaaratapahtumien syy, nähtiin myös siihen puuttuminen ennakoivasti keskeisenä vaaratapahtumien ehkäisynä.

Lääkehoidon vaaratapahtumat ovat yksi keskeisimmäksi todettu potilasturvallisuuden riskitekijä. Tähän on pyritty puuttumaan kehittämällä lääkehoito-oppaita ja tehostamalla lääkehoidon turvallisuutta monin eri tavoin. (Ritmala-Castrèn 2006, 5.) Nämä lääkehoidon turvallisuutta tehostavat toimenpiteet nousivat esille myös tutkimuksemme hoitajien kokemuksissa. Tutkimuksissa yhtenä yleisenä vaaratapahtumia ehkäisevänä tekijänä on nähty tiedon kulun turvaaminen (Potilasturvallisuuden työkalut – työvaliokunta 2009, 187). Myös tässä aineistossa tiedon kulun rooli nähtiin tärkeänä. Merkittävimpänä yksittäisenä, ja jossain määrin uutena tekijänä verrattuna teoria-aineistoomme, aineistossa korostui ennakoinnin keskeinen rooli. Ennakointi nähtiin tärkeimpänä yksittäisenä toimintatapana edistää potilasturvallisuutta.

Verrattaessa vaaratilanteiden syiden ja ehkäisyn henkilökuntatekijöitä, voidaan nähdä niiden kulkevan käsi kädessä. Tutkimuksessa analysoinnin perusteella keskeisinä tekijöinä voidaan pitää huolehtimista riittävistä henkilökuntaresursseista. Pelkkä riittävä henkilökunnan määrä ei kuitenkaan riitä takaamaan turvallisuutta. Voidaan sanoa keskeistä olevan myös riittävän osaamisen ja henkilökunnan jaksamisen turvaaminen. Mitkään varmistus menetelmät eivät liene riittäviä, jos niitä toteuttavien hoitajien osaaminen tai jaksaminen ei ole riittävällä tasolla. Myös teoria-aineistossa hoitajien jaksamisen turvaaminen ja liiallisen paineen välttäminen esiintyi useissa yhteyksissä. Esimiehen vastuulla on huolehtia työntekijöiden osaamisen riittävästä tasosta (Ritmala-Castrèn 2006, 5-6).

Tilojen ja tekniikan osalta keskeisimmäksi tekijäksi vaaratapahtumien ehkäisyssä nousi palo- ja pelastustoimintaan liittyvä suunnittelu. Tila- ja sisustusratkaisuissa oli kiinnitetty huomiota paloturvallisuuteen ja hoitajat nimesivät potilasturvallisuutta ylläpitäväksi tekijäksi ajantasaisen palo- ja pelastussuunnitelman. Turvallisuutta tuovana tekijänä nähtiin myös hälytysjärjestelmä ja sen toimivuudesta huolehtiminen.

Vaaratilanteiden seuraukset

Potilasturvallisuus on valtakunnallisesti nostettu yhdeksi terveydenhuollon päätavoitteista. Potilasvahinkoja sattuu paljon. Arvioiden mukana noin joka kymmenennelle potilaalle aiheutuu haitta hoidosta. Yksi tai kaksi sadasta haattatapauksesta luokitellaan vakavaksi. On arvioitu, että noin puolet potilasvahingoista olisi estettävissä. (Aaltonen ym. 2008, 3791-3792.) Vertailtaessa teoria-aineistoa tutkimuksen hoitajien kokemukseen, psykiatrinen osasto koetaan verraten turvallisena suhteessa yleiseen potilastur-

vallisuuteen. Hoitajat kokivat, ettei potilaille ollut hoidon myötä seurannut vakavia haittoja potilasturvallisuuden vaarantumisesta.

Hoitajat kokivat potilaille muodostuneen potilasturvallisuuden vaarantuessa lähinnä lieviä haittoja tai ei seurauksia lainkaan. Lähinnä esiin nousivat potilaille muodostuneet pelot hoitoa, osastoa tai toisia potilaita kohtaan. Nämä pelot saattoivat osaltaan vaikeuttaa potilaan hoitoa tai aiheuttaa potilaalle yleistä turvattomuuden tunteen lisääntymistä. Vaaratapahtumien seurauksena potilaan motivaatio hoitoa kohtaan saattoi laskea hoitajien kokemuksen mukaan. Tämän voi nähdä pitkittävän potilaan sairaala-hoitoa tai laskevan hoidon tuloksia.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimuksessa pyrittiin kunnioittamaan siihen osallistuneiden henkilöiden anonymiteettiä ja tietosuojaa. Tutkimuksen aineisto kerättiin pääosin sähköisesti, mutta vastaajilla oli myös mahdollisuus vastata halutessaan paperisessa muodossa. Kysymykset lähetettiin suoraan henkilökohtaisiin sähköposteihin ilman välikäsiä. Sähköiset vastaukset kerättiin sähköpostiin, johon ainoastaan tutkimuksen tekijöillä oli pääsy. Näin ulkopuolisilla henkilöillä ei missään vaiheessa ollut mahdollisuutta päästä käsiksi tutkimusmateriaaliin. Aineiston analyysi tehtiin siten, että ketään yksittäistä henkilöä ei pystytty tunnistamaan vastausten perusteella. Tutkimuksen tekijöillä ei ollut henkilökohtaisia kytköksiä tai suhteita tutkimukseen osallistuneisiin vastaajiin.

Tutkimuksen aineisto kerättiin henkilökunnalta, joten varsinaisesti potilastietojen kanssa ei oltu missään vaiheessa tekemisissä. Tutkimuksen tekoon pyydettiin lupa toimi- ja vastuualueen ylihoitajalta. Samaisessa sairaalassa oli meneillään myös sairaalan oma tutkimus, joka sivusi tämän työn aihetta. Tutkimukseen vastaajia valittaessa asetettiin kriteeriksi, etteivät samaiset henkilöt osallistuneet molempiin tutkimuksiin. Tieteellisessä toiminnassa yleisiä eettisiä toimintaperiaatteita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa ja esittämisessä (Tuomi & Sarajärvi, 132). Tässä tutkimuksessa noudatettiin näitä toimintaperiaatteita.

Opinnäytetyö on tehty Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjallisia ohjeita noudattaen. Lähdeviitteissä on pyritty huolellisuuteen, sillä helposti jäljitettävät lähteet lisäävät

työn luotettavuutta. Työn alussa on käsitelty aiheen teoriapohjaa. Aihetta on pyritty käsittelemään laaja-alaisesti. Työn teoriaosaa työstettäessä pyrittiin huomioimaan kyseisen erikoisalan näkökulma tutkittavaan aiheeseen, tässä kuitenkin hieman keskinkertaisesti onnistuen. Materiaalia pyrittiin keräämään mahdollisimman huolellisella hakuprosessilla. Kävi kuitenkin ilmi, ettei tutkimuksia potilasturvallisuudesta tämän erikoisalan osalta tässä vaiheessa ollut runsaasti.

Aineiston keruu ja analyysi pyrittiin esittämään työssä mahdollisimman tarkasti ja selkeästi. Myös tulokset pyrittiin johdonmukaisesti ja aineistoa kuvaavasti. Havainnollistamisen apuna käytettiin lainauksia tutkimusaineistosta, sekä kuvaajia selkiyttämään tulosten esittämistä. Analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti niin, että aineisto pelkistettiin ilmauksiksi, joita analyysin keinoin kategorisoitiin ja abstrahoitettiin. Aineisto vastasi jossain määrin paremmin toisiin tutkimuskysymyksiin kuin toisiin. Aineiston pohjalta voitiin kuitenkin muodostaa kuva tutkimuksen kohteesta.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että tutkimuksen otanta oli suhteellisen suppea. Jo lähtökohtaisesti tiedostettiin tämän riskin olemassa olo, mutta sen ei katsottu olevan este tutkimuksen toteuttamiselle suunnitelman menetelmien mukaisesti. Vaikka aineisto jäi suppeahkoksi, voidaan sen katsoa täyttävän tutkimuksen tavoitteet. Se antaa äänen hoitajien kokemukselle tutkimuksen kohteesta. Tämä oli lähtökohtaisesti tutkimuksen tavoite. Tutkimuksen teoria osiota kerätessä nousi kysymys eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä psykiatrian ja somatiikan välillä potilasturvallisuudessa. Yhtenä tavoitteena olikin nähdä tarjoaisiko aineisto tähän kysymykseen vastausta. Aineistosta oli mahdollista löytää vastauksia, joiden pohjalta lähteä kartoittamaan tätä kysymystä tarkemmin.

Luotettavuutta pohdittaessa on huomioitava tutkijoiden suhde tutkittavaan asiaan. On hyödyllistä, että tutkijoita on useampi kuin yksi henkilö, jolloin erilaiset näkökulmat ehkäisevät sokeutumista tutkimuksen kohteelle. On tärkeää tarkastella tutkimuksen reflektiivisyyttä. Tässä tapauksessa toinen tutkijoista oli työsuhteessa viereisellä osastolla kuin missä tutkimus toteutettiin. Koska toinen tutkijoista puolestaan ei ollut minikäänlaisessa henkilökohtaisessa suhteessa kyseiseen erikoisalaan, näin analyysissä aineistoa tarkasteltiin kahdesta eri näkökulmasta ja molemmat tutkijat joutuivat perustelemaan havaintojaan sekä ratkaisujaan analyysiprosessissa toisilleen.

7.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Potilasturvallisuus on tärkeä ja monisäkeinen kokonaisuus, joka vaikuttaa potilaan hoidon onnistumiseen laajemmin kuin ensi silmäyksellä voisi ajatella. Potilasturvallisuus ei ole vain potilaan fyysisestä terveydestä huolehtimista ja sen turvaamista. Vaaratapahtumien myötä potilaalle saattaa tulla pelkoja, jotka vaikeuttavat hoidon onnistumista tai hoitoon sitoutumista. Näitä pelkoja saattaa syntyä myös tilanteissa, joissa konkreettista vaaraa ei ole, mutta jotka potilas kokee vaarallisiksi. Tämän tutkimuksen myötä on muodostunut kuva, joskin vielä epätarkka, potilasturvallisuuden eroista psykiatrisella ja somaattisella puolella. Tämä tutkimus muodostui lähinnä viitteelliseksi, eikä sen pohjalta voitane vetää perustavanlaatuisia johtopäätöksiä. Sen tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että aihetta olisi syytä tutkia perusteellisemmin.

Tämän opinnäytetyön valossa harkittavia kehittämissuhteita:

- Miten pystytään vastaamaan henkilöresursseilla paremmin työmäärän tai työn kuormittavuuden lisääntymiseen?
- Hoitokäytänteiden kriittinen tarkastelu. Onko potilaan tilaa mahdollista lievittää riittävän varhaisemmassa vaiheessa, jotta välttyttäisiin potilasturvallisuutta vaarantavilta tilanteilta.
- Potilasturvallisuuden huomioiminen psykiatrisen osaston tilasuunnittelussa. Sokkelaisuuden välttäminen, näkyvyys, toisaalta niin, että potilaiden yksityisyys on mahdollista turvata.
- Järjestelmällisyydestä huolehtiminen potilaiden seurannassa, esimerkiksi henkilökohtaisten tavaroiden tarkastaminen ja yleinen voinnin seuranta.
- Lääkkeiden tarkastettavuuden kehittämisen pohtiminen.
- Miten kehittää potilasturvallisuuden seurantaa ja suhtautumista siihen. Esimerkiksi hoitajien kynnys tehdä HaiPro –ilmoituksia.

Tämän opinnäytetyön pohjalta mietittäviä jatkotutkimusaiheita:

- Tutkia potilasturvallisuutta psykiatrisella osastolla potilaiden kokemusten näkökulmasta. Tällöin saataisiin tarkempaa kuvaa siitä, mitkä ovat olleet vaaratilanteiden seuraukset.

- Laajempi (mahdollisesti määrällinen) tutkimus vaaratapahtumista yhdellä tai useammalla psykiatrisella osastolla, jotta pystyttäisiin kartoittamaan paremmin vaaranpaikkoja.
- Tutkimus ennakkoinnin merkityksestä vaaratapahtumien ehkäisyssä.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M., Mattila, K., Mäkijärvi, M., Saario, I. 2008. Aina roiskuu kun rapa-
taan, mutta virheistä tulee oppia. Suomen Lääkärilehti 44/2008.

Byers, J. & White, S. 2004. Patient Safety : Principles and Practice. Springer Publish-
ing Company, Inc. New York, NY.

Heikkinen, M., Pylkkänen, K., Lönnqvist, J. 2007. Hoitoon ohjaaminen, hoitomyön-
tyvyys ja tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, N.
Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. Helsinki: Kustannus Oy
Duodecim, 680-702.

Heiskanen-Haarala, I. 2010. Vastoin tahtoa. Sairaanhoidaja 11/2010.

Hietanen, S. & Henriksson, M. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Duodecim 118,
279-284.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Järvelin, J., Haavisto, E., Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen
Lääkärilehti 12/2010.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa
Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. 2009. Helsinki: Suomen Sai-
raanhoidajaliitto ry, 77-98.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K., Wallenius, J. 2007. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007,
Terveysturvallisuuden laadunhallinta – Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi.
Helsinki: Lääkelaitos.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 26.11.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 26.11.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 29.12.1994/1505. Viitattu 26.11.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941505#a1505-1994>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen ja M. Nikkonen. Helsinki: WSOY, 21-40.

Lehestö, M., Koivunen, O., Jaakkola H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima oy.

Liukko, S. 2009. Tyyli ja kieliasu. Viitattu 29.11.2009.

<http://www.jamk.fi/opiskelijoille> - Optima - ZZPR0100.9S0s3 Tutkimusopinnot - 3.1 Tyyli ja kieliasu.

Läkelaki 10.4.1987/395. Viitattu 26.11.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2007. Psykiatria. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, N. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 14-25.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 10.11.2010.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielenterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mielenterveyslaki)

Miettinen, S., Taattola, S., Lappalainen, M., Peitarinen-Lyytinen, R. Haatainen, K., Jokiniemi, K., Lehtonen, J. 2007. Uusia keinoja väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 34/2007.

Mikkola, J., Mikkonen, M., Suhonen, I., Kallio, P. 2004. Potilasvahinko – Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö. Vammala: Vammalan kirjapaino oy.

Mikkola J. & Mikkonen M. 1999. Uudistunut potilasvahinkolaki. Vantaa: Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus oy.

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy Peijaksen sairaalan projekti. Lääkärilehti 23/2005.

Mustajoki, P. 2009. Kun jotain kuitenkin tapahtuu. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 139-146.

Pahlman, I. 2010a. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Teoksessa Terveystieteiden lainsäädäntö. Edita Publishing oy, 293-296.

Pahlman, I. 2010b. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Teoksessa Terveystieteiden lainsäädäntö. Edita Publishing oy, 301-302.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Juva: WSOY, 35-48.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Helsinki: Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO.

Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virheiden käsittely ja virheistä oppiminen terveydenhuollossa. 2004. Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio 28.10.2004 lääkäriiliiton hallitukselle. Saatavissa: <http://www.laakariliitto.fi/files/potilasturvallisuus.pdf>. Viitattu 26.11.2009.

Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 181-190.

Puustinen, R. 2002. Potilaan käsikirja. Helsinki: WSOY.

- Pylkkänen, K. 2007. Psykiatrian hoitojärjestelmä. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, N. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 811-844.
- Reiman, T. & Oedewald, P. Terveystenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 43-62.
- Ritmala-Castrén, M. 2006. Lääkehoitoon pyritään tuomaan turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Sairaanhoidaja 3 (79).
- Ruuhilehto, K. 2009. Virheistä ja vaara-tilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 147-172.
- Räsänen, M. 2008. Pro Gradu –tutkielma. Potilaiden vaaratapahtumat erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, 2008.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 29-42.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä - Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. 2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4. Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Terveystenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 10.11.2010.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search\[type\]=pika&search\[pika\]=perustuslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search[type]=pika&search[pika]=perustuslaki)

Säteilylaki 27.3.1991/592. Viitattu 26.11.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19910592>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, 2009.

Turvallinen lääkehoito. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Yliopistopaino.

Varis, U. 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatriassa sairaalahoidossa. Pro Gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 2005.

Välimäki, M., Taipale, J., Kaltiala-Heino, R. 2001. Deprivation of Liberty in Psychiatric Treatment: a Finnish perspective. Nursing Ethics 2001 8 (6), 522-532.

LIITE 1

Kysely akuutin psykiatrian osaston potilasturvallisuudesta hoitajille.

Pohdiskele kysymyksiä ja vastaa vapaamuotoisesti. Kysymyksiin ei ole yhtä oikeaa vastausta. Tärkeämpää on, että kirjaat mahdollisimman paljon mieleen tulevia ajatuksia.

Vaaratilanteet

Millaisissa tilanteissa olet kokenut potilasturvallisuuden vaarantuneen akuutilla psykiatrisella osastolla?

Vaaratilanteiden ehkäiseminen

Miten vaaratilanteita pyritään ehkäisemään akuutilla psykiatrisella osastolla?

Vaaratilanteiden syvt

Minkä tekijän tai tekijöiden koet lisäävän vaaratilanteiden riskiä akuutilla psykiatrisella osastolla?

Vaaratilanneseuraukset

Kuinka turvallisena koet akuutin psykiatrisen osaston potilaiden näkökulmasta?

LIITE 2

Arvoisa vastaaja,

olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun Hyvinvointiyksikön hoitotyön opiskelijoita.

Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemusta potilasturvallisuudesta akuutilla psykiatrisella osastolla. Tutkimuksen avulla voidaan tarkastella potilasturvallisuutta akuutilla psykiatrian osastolla.

Tutkimus toteutetaan akuutilla psykiatrisella osastolla ja tutkimuksen kohderyhmä ovat osastolla työskentelevät hoitajat. Aineisto kerätään yhteisesti vastaajaosapuolen kanssa sovitulla tavalla, joko sähköpostilla tai postitse lähetettävällä kyselyllä. Vastauksia käsitellään nimettöminä.

Toivomme yhteistyötä ja osallistumista kyselyyn, jotta tutkimus onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkimuksemme on luonteeltaan laadullinen, joten vastauksissa tärkeämpää on laatu, kuin määrä.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Kevät 2012.

Opinnäytetyöntekijät

Tero Turkkila ja Karri Päivärinta.

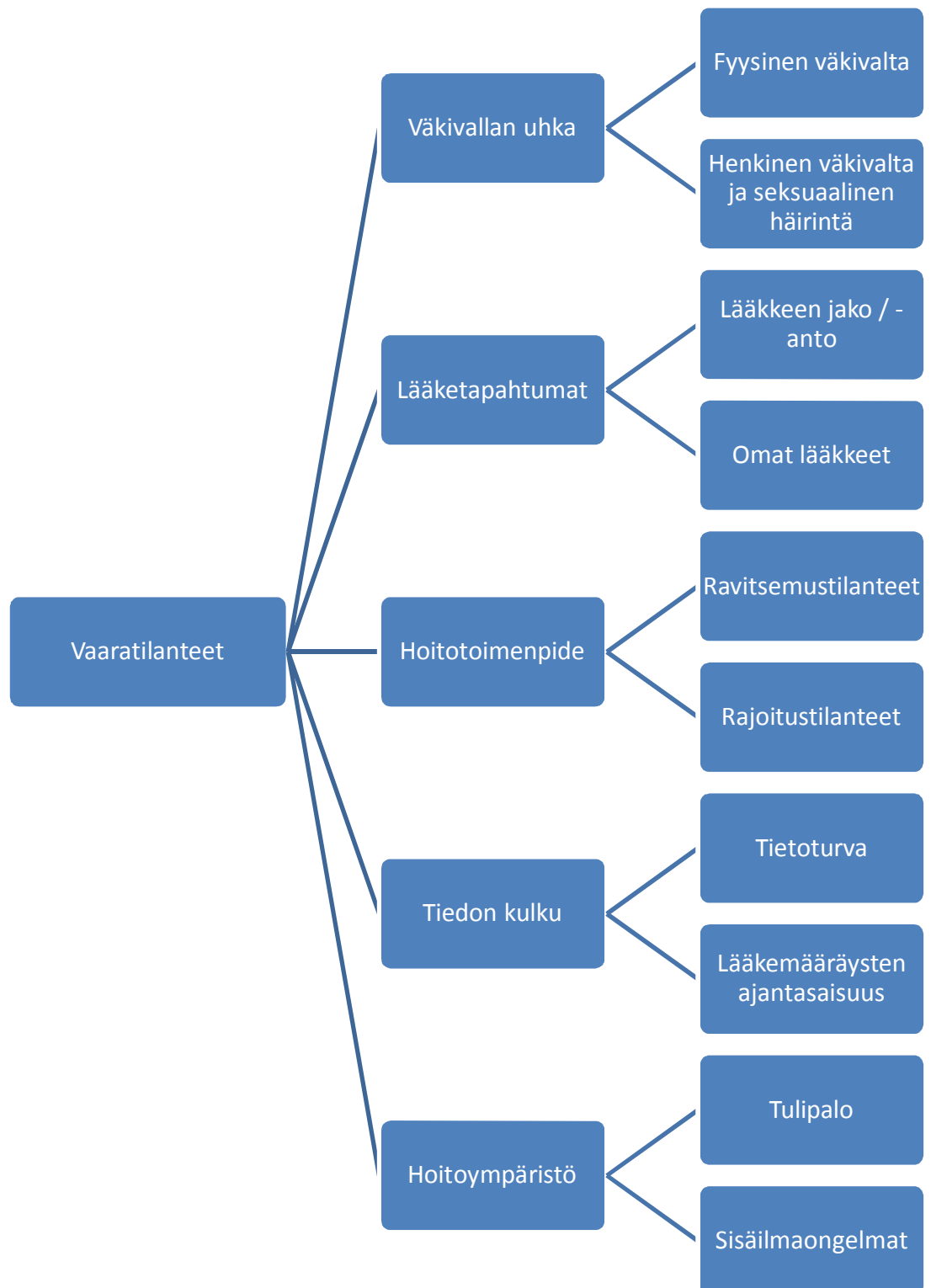
Ohjaavat opettajat Jyväskylän ammattikorkeakoululla

Leena Suonpää-Lehtonen (p. 0400-976763)

Hannele Tyrväinen (p. 0400-976749)

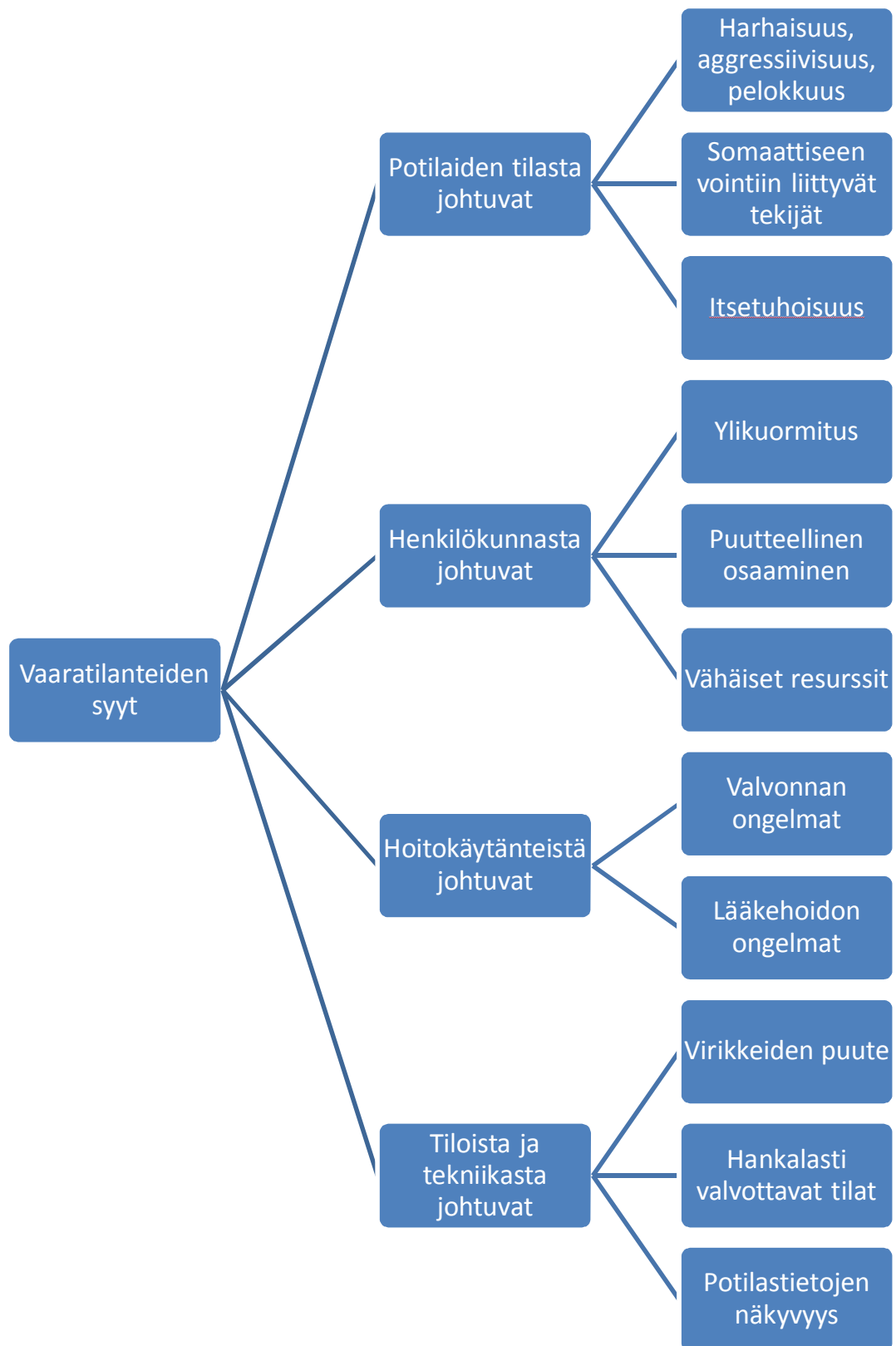
LIITE 3

Vaaratilanteet



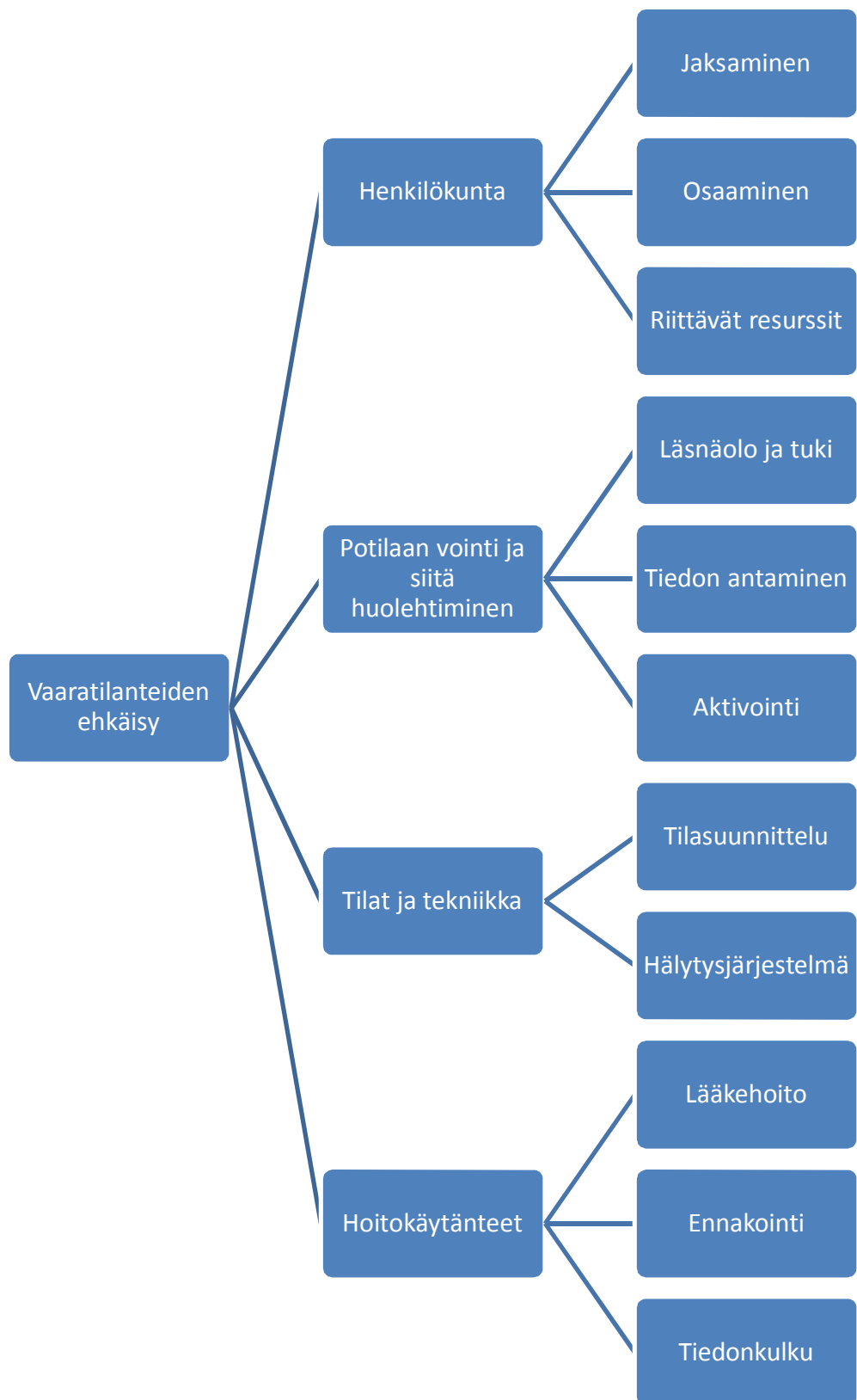
LIITE 4

Vaaratilanteiden syyt



LIITE 5

Vaaratilanteiden ehkäisy



LIITE 6

Vaaratilanteiden seuraukset

